

KINDESMISSHANDLUNG -

GERICHTSMEDIZINISCHE UND PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE

MICHAEL ROCHEL

1975

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Kindesmißhandlung -
gerichtsmedizinische und psychologische Aspekte

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Michael Rochel
aus Velbert / Rhld.

Mainz 1974

Fachbereichsdekan: Professor Dr. med. P. Klein
Referent: Professor Dr. med. J.G. Gostomzyk
Korreferent: Professor Dr. med. H. Leithoff
Tag der mündlichen Prüfung: 14. Mai 1975

Gesamtherstellung



DITTERS BÜRODIENST

6501 HEIDESHEIM/RHEIN

AM KAPELLEN 1 · RUF 06132/5711



1. THEORETISCHE EINLEITUNG

2. BEGRIFFSABGABEN UND DEFINITIONEN

2.1 Vererbungsaspekte des Kindelebens-
Umgang und Verhaltensforschung

2.2 Erbschaft

2.3 Verhaltensforschung des Kindelebens
nach der Verhaltensforschung

2.4 Verhaltensforschung

2.4.1 Verhaltensforschung

2.4.2 Verhaltensforschung

2.4.3 Verhaltensforschung des Kindelebens

2.4.4 Verhaltensforschung des Kindelebens

Meinen lieben Eltern

2.4.5 Verhaltensforschung

2.4.6 Verhaltensforschung

2.5 Verhaltensforschung

2.5.1 Verhaltensforschung

2.5.2 Verhaltensforschung

2.5.3 Verhaltensforschung

2.5.4 Verhaltensforschung

2.5.5 Verhaltensforschung

2.6 Verhaltensforschung des Kindelebens
nach der Verhaltensforschung

2.7 Erbschaft und Erbschaft

2.7.1 Erbschaft und Erbschaft

2.7.2 Erbschaft und Erbschaft

2.7.3 Erbschaft und Erbschaft

2.7.4 Erbschaft und Erbschaft

2.7.5 Erbschaft und Erbschaft

2.7.6 Erbschaft und Erbschaft

2.7.7 Erbschaft und Erbschaft

2.7.8 Erbschaft und Erbschaft

2.7.9 Erbschaft und Erbschaft

2.7.10 Erbschaft und Erbschaft

2.8 Verhaltensforschung des Kindelebens

2.9 Verhaltensforschung des Kindelebens



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhaltsverzeichnis

Seite

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG	1
2. UNTERSUCHUNGSMATERIAL UND METHODIK	5
2.1 Juristische Aspekte der Kindesmißhandlung und Vernachlässigung	5
2.2 Methodik	6
2.3 Medizinische Aspekte der Kindesmißhandlung und Vernachlässigung	9
2.4 Mißhandlung	11
2.4.1 Hautverletzungen	11
2.4.2 Weichteilverletzungen	12
2.4.3 Verletzungen des Skelettsystems	12
2.4.4 Schädel- und Hirnverletzungen	14
2.4.5 Verletzungen des Brust- und Bauchraums	15
2.4.6 Todesursachen	16
2.4.7 Nebenbefunde	16
2.5 Vernachlässigung	17
2.5.1 Hautveränderungen	18
2.5.2 Untergewicht	19
2.5.3 Unterlänge	20
2.5.4 Begleiterkrankungen	20
2.5.5 Todesursachen	21
2.6 Gleichzeitige Mißhandlung und Vernachlässigung	22
2.7 Täter und Milieu	22
2.7.1 Täter-Opfer-Beziehung	22
2.7.2 Altersverteilung der Täter	23
2.7.3 Berufe der Täter	24
2.7.4 Kinderzahl der Familien	24
2.7.5 Häusliche Situation	25
2.7.6 Altersverteilung der Kinder	26
2.7.7 Stellung der Kinder	27
2.7.8 Geschwisterstellung	27
2.7.9 Ehehliche Verhältnisse	28
2.7.10 Zusammenfassung	28
2.8 Rolle öffentlicher Stellen	29
2.9 Gerichtliche Folgen	31

2.10	Psychologische Aspekte der Kindesmißhandlung und Vernachlässigung	33
2.10.1	Psychologische Untersuchungsergebnisse nach der Mißhandlung	34
2.10.2	Psychologische Untersuchungsergebnisse bei der Nachuntersuchung	35
2.10.3	Fallbeschreibung	42
2.10.4	Zusammenfassung der Auswirkungen nach Mißhandlungen	57
2.11	Heimsituation der untersuchten Kinder	59
3.	DISKUSSION	62
4.	ZUSAMMENFASSUNG	97
5.	LITERATURVERZEICHNIS	98
	LEBENS LAUF	

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Kindesmißhandlungen gibt es seit Menschengedenken, wenn man von dem heutigen Verständnis des Wortes ausgeht. Der älteste Bericht stammt aus der Zeit der Sumerer, 3000 v. Chr. Damals war in den Schulen einem Mann die Peitsche anvertraut. Und er peitschte die Jungen unter dem geringsten Vorwand grausam aus (RADBILL).

Viele Jahrhunderte hindurch war man der Ansicht, nur harte körperliche Strafen erhielten die Disziplin, gäben Erziehungs-ideale weiter, gefielen den Göttern oder vertrieben die bösen Geister (RADBILL). Die Rechtfertigung für diese Mißhandlungen war auch im religiösen Brauchtum begründet. So wurden im Altertum die Söhne von ihren Eltern vor dem Altar der Göttin Diana ausgepeitscht (RADBILL). Im Alten Testament steht geschrieben, daß Abraham bereit war, seinen einzigen Sohn Isaak Gott zu opfern.

Im germanischen Recht hatte in seiner Machtstellung der Muntinhaber eine unbedingte Straf- und Zuchtgewalt gegenüber seinen Kindern. HÜBNER führt an, daß der Vater über Leben und Tod seiner Kinder völlig willkürlich zu entscheiden vermochte. Er hatte das Recht, sie nach der Geburt auszusetzen, sie zu verstoßen, zu verknechten, zu verkaufen oder zu töten (ULLRICH).

Von einer Massentötung berichtet die Heilige Schrift aus der Zeit des Herodes. Dieser Tag ist in die Liturgie der katholischen Kirche als "Tag der unschuldigen Kinder" eingegangen.

Die allgewaltige Macht der Eltern und ihre Einstellung zu ihren Kindern änderte sich nur langsam. So waren auch im Zuge der Industrialisierung die Kinder zu den Ärmsten und grausam Unterdrückten zu zählen. Charles Dickens hat es in seinen Büchern festgehalten.

Die Zeitrechnung der Kindesmißhandlung begann jedoch erst im Jahre 1874, als in New York Eltern, die ihr Kind fast zu Tode geprügelt und vernachlässigt hatten, aufgrund eines Tierschutzgesetzes verurteilt und bestraft wurden (FONTANA). Dieser Bericht wurde Ausgangspunkt für alle weiteren Aktionen. 1875 erließ man in den USA das Gesetz zum Schutze des Kindes vor Mißhandlungen. 1884 wurde in England die "National Society for the Prevention of Cruelty to Children" gegründet, 1889 folgte in Deutschland der "Verein zum Schutz der Kinder vor Ausnutzung und Mißhandlung". Aus dieser Zeit stammen auch die ersten medizinischen Berichte. HABERDA und KOLISKO (1907) beschrieben für einen Zeitraum von 7 Jahren über 40 Fälle von Kindesmißhandlung mit tödlichem Ausgang. Es erschienen in der einschlägigen Literatur Veröffentlichungen von MERNER und CASPER-LIMAN (1889), KEFERSTEIN (1911), von HÖPLER (1915), WULFEN (1928), MATTERN (1928). ZIEHMKE (1929) berichtete von 18 Kindesmißhandlungen mit Todesfolge aus seiner fast 30-jährigen Tätigkeit. Durch PARISOT und CAUSSADE erfuhr man von 1768 Mißhandlungsprozessen in Frankreich (1928) innerhalb von 60 Jahren. JAKULEWSKA (1931) beschrieb eine Mißhandlung durch Brennesseln, die zum Tode führte. Es folgten weitere Berichte von WALCHER (1932), LEPPMANN (1935), MESSERER (1936), DÖMER (1966), CUELI und BONNET (1939), MANZ (1941) und KRÜGER-THIEMER (1944).

Aber auch schon zu dieser Zeit beleuchtete man den psychologischen Hintergrund dieses Deliktes. V. LEVETZOW (1934), MULERT (1934), BERGEMANN (1936) und HAGENAU (1936) gingen über die Beschreibungen der Tat und der Täter hinaus und versuchten aufgrund psychologischer Fragestellung Aussagen über Prophylaxe und Prognose machen zu können. H. HETZER (1936) hat sich auf diesem Gebiet sehr verdient gemacht.

In der Nachkriegszeit begannen amerikanische Wissenschaftler das Krankheitsbild der Mißhandlung neu zu entdecken. CAFFEY beschrieb 1946 ein ihm bisher unbekanntes Krankheits-

bild, bei dem Kinder gleichzeitig Brüche der langen Röhrenknochen und Subduralblutungen aufwiesen. 1953 folgte eine Veröffentlichung von SILVERMAN, der bisher unbemerkte Knochenveränderungen bei Kindern zusammenfaßte und als Beweis für vorangegangene Mißhandlungen deutete. KEMPE schuf 1962 mit seinen Mitarbeitern das "Battered Child Syndrome", FONTANA 1964 das "Maltreatment Syndrome". Ein Symptomenkatalog für die Kindesmißhandlung wurde erstellt, der es den Medizinern erleichtern sollte, das bisher so vernachlässigte Kind gezielter und wirkungsvoller schützen zu können. Berichte über grausame Mißhandlungen und Vernachlässigungen in Fachpresse und den Massenmedien rissen nicht ab. Man erforschte Mißhandlungsursachen, Täter- und Opferpersönlichkeit, schuf neue Gesetze, begann mit großangelegten Aufklärungskampagnen die Öffentlichkeit über diesen gesellschaftlichen Mißstand zu informieren. In der BRD befaßten sich neben vielen anderen besonders KÖTTGEN (Mainz), NAU (Berlin) und TRUBE-BECKER (Düsseldorf) in vielen Veröffentlichungen und Vorträgen mit diesem Thema und unterstützten hierdurch auch den Deutschen Kinderbund.

Der Erfolg, wenigstens ein Teilerfolg, stellte sich auch nach einigen Jahren ein. Das beste Beispiel ist Berlin, wo sich die Zahl der Verfahren wegen Kindesmißhandlung von 1960 bis 1964 nach Angaben der Kriminalpolizei verdreifachte und im gleichen Zeitraum für die Vernachlässigung vervierfachte (NAU).

Dieser Erfolg wurde von verschiedener Seite aber nur dazu benutzt, zu behaupten, die Zahl der Mißhandlungen und Vernachlässigungen nehme in erschreckendem Maße zu.

Andererseits kann von einem vollen Erfolg nicht die Rede sein. Denn folgender Frage ist man nicht genug nachgegangen: Was wird aus den Kindern nach der Mißhandlung? Wie sollen die Gerichte verfahren, die in jedem Fall für das Kind entscheiden sollen.

Seit dem Bericht von H. HETZER aus dem Jahre 1936 über mißglückte Ein- und Rückgliederung von mißhandelten Kindern in ihre Familie ist dieser Frage kaum nachgegangen worden. Fast täglich stehen Richter in der BRD vor der Entscheidung, soll das mißhandelte oder vernachlässigte Kind in die Familie zurück oder besser in ein Kinderheim? Was nützt dem Kind mehr, was schützt es besser? Ist das Risiko einer Rückgliederung in die Familie kleiner als der seit einiger Zeit so viel diskutierte Hospitalismusschaden?

2. UNTERSUCHUNGSMATERIAL UND METHODIK

Spricht man von der Kindesmißhandlung und der Vernachlässigung, so kommen, juristisch gesehen, zwei Gesetze in Betracht, § 170 d und § 223 b des StGB.

2.1 Juristische Aspekte der Kindesmißhandlung und Vernachlässigung

§ 170 d des StGB (Vernachlässigung eines Kindes):

"Wer das körperliche oder sittliche Wohl eines Kindes dadurch gefährdet, daß er in gewissenloser Weise seine Fürsorge- oder Erziehungspflichten gröblich vernachlässigt, insbesondere das Kind ohne ausreichende Nahrung oder Wartung läßt, wird mit Gefängnis bestraft, soweit nicht die Tat nach anderen Vorschriften mit schwerer Strafe bedroht ist".

§ 223 b des StGB (Mißhandlung Abhängiger):

(1) "Wer Kinder, Jugendliche oder wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit Wehrlose, die seiner Fürsorge oder Obhut unterstehen oder seinem Hausstand angehören, oder die von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassenen oder durch sein Dienst- oder Arbeitsverhältnis von ihm abhängig sind, quält oder roh mißhandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Gefängnis nicht unter drei Monaten bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Zuchthaus bis zu fünf Jahren".

Der § 223 b des StGB soll durch den künftigen § 154 ersetzt werden.

§ 154 des StGB (Mißhandlung Wehrloser oder Abhängiger):

"(1) Wer Kinder, Jugendliche oder wegen Krankheit oder Gebrechlichkeit Wehrlose, die 1. seiner Obhut oder Fürsorge

unterstehen oder 2. durch Dienst- oder Arbeitsverhältnis oder als arbeitnehmerähnliche Person von ihm abhängig sind, quält, roh mißhandelt oder durch Verletzung seiner Obhuts- und Fürsorgepflicht körperlich oder seelisch erheblich schädigt, wird mit Gefängnis von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft, wenn die Tat nicht in anderen Vorschriften dieses Titels mit schwererer Strafe bedroht ist.

(2) -

(3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Gefängnis nicht unter 1 Jahr. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn 1. der Täter sein Verhalten hartnäckig wiederholt, 2. er die Tat an einem Kind unter 7 Jahren begeht, oder 3. die Tat den Tod oder eine schwere Schädigung des anderen an Körper oder Gesundheit zur Folge hat.

(4) Wer durch eine Tat nach den Absätzen (1) oder (2) den anderen an Körper oder Gesundheit schwer schädigt (§ 147 Abs. 2), wird mit Zuchthaus bis zu 15 Jahren, in minder schweren Fällen mit Gefängnis nicht unter einem Jahr bestraft" (Mende-Kirsch).

Bei der Diskussion kommen noch folgende §§ in Betracht:

§ 211 (Mord), § 212 (Totschlag), § 221 (Aussetzung),
§ 223 (Leichte Körperverletzung), § 224 (Schwere Körperverletzung), § 225, § 226 (Körperverletzung mit Todesfolge).

Die Diskussion der einzelnen Paragraphen, ihre Auslegung und Interpretation finden sich ausführlich in den Arbeiten von BONN, NIX, SCHALLENBERG und ULLRICH.

2.2 Methodik

Als Material für diese Arbeit waren Angaben über 73 mißhandelte bzw. vernachlässigte Kinder vorhanden, die in der Zeit von 1960 bis 1970 bekannt wurden, davon:

36 Fälle des Instituts für Rechtsmedizin Mainz,
35 Fälle der Universitätskinderklinik Mainz,
2 Fälle des Städtischen Jugendamtes Mainz.

43 Kinder starben an den Folgen von Mißhandlung bzw. Vernachlässigung. 2 Kinder starben später, die Ursache konnte nicht geklärt werden. 28 Kinder lebten noch zur Zeit der Nachuntersuchung.

Klinische Fälle und
Obduktionsbefunde
in Mainz

Kindesmißhandlung Kindesvernachlässigung

Jahr	Zahl der Fälle	
1960	3	3
1961	4	1
1962	1	4
1963	3	2
1964	7	4
1965	2	2
1966	9	-
1967	2	-
1968	4	1
1969	13	2
1970	6	-
insgesamt	54	19

Tabelle 1: Zahl der Fälle von Kindesmißhandlung und
Kindesvernachlässigung in Mainz von 1960-1970

Die Arbeit setzt sich zusammen aus zwei Teilen. Im ersten Teil geht es um die Erfassung der gerichtsmedizinischen Daten, um einen Vergleich mit der Literatur zu ermöglichen. Hierbei waren Krankenblätter der Universitäts-Kinderklinik erforderlich, Sektionsbefunde und Todesermittlungsakten des

Instituts für Rechtsmedizin Mainz, Akten des Städtischen Jugendamtes Mainz, Berichte der Kinderheime und Gerichtsakten.

Im zweiten Teil soll durch medizinische und psychologische Untersuchungen geklärt werden,

- 1.) ob und gegebenenfalls wie genau man einen Schaden durch Kindesmißhandlung oder Kindesvernachlässigung noch nach Jahren verifizieren kann.
- 2.) Ob ein Aufenthalt in einem Kinderheim oder bei Pflegeeltern anschließend an Mißhandlung oder Vernachlässigung für das Kind schädlicher und risikoreicher ist als die Rückgabe in das alte Familienmilieu.
- 3.) Welche Konsequenzen aus den Ergebnissen für Ärzte und Gerichte zu ziehen sind.

Zur Beantwortung dieser Fragen bedurfte es einer eingehenden medizinischen und psychologischen Untersuchung.

28 Überlebende Kinder standen für die Untersuchung zur Verfügung.

6 Kinder wohnten mehr als 200 km von Mainz entfernt; ihnen wurde eine Fahrt zur Klinik nicht zugemutet.

5 Elternpaare verweigerten die Untersuchung.

2 Kinder waren mit den Eltern ausgewandert.

15 Kinder blieben somit für die Untersuchung übrig. Sie wurden folgenden Untersuchungen und Tests unterworfen:

1. Medizinisch:

- a) Klinische Untersuchung
- b) EEG

2. Psychologisch:

Die Tests variierten je nach der Altersstufe.

Ursprünglich sollte versucht werden, die 'Gesamtlage' des jeweiligen Kindes durch eine "Testbatterie" zu verdeutlichen, d.h. die verschiedenen - u.a. auch durch die Mißhandlung(en) affizierten - Persönlichkeitsbereiche (z.B. Leistungsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Emotionalität, Affektivität, Gemüt und Gewissen, soziales Verhalten, Einstellungen usw.) mit spezifischen psychologischen Tests abzuklären. Eine solche breite Untersuchung war nicht möglich. Es wurden deshalb folgende entwicklungspsychologische bzw. Leistungs-Tests und 'projektive' Verfahren angewandt:

- DENVER Developmental Screening Test
- KRAMER Intelligenztest
- GOODENOUGH-MANN-Zeichen-Test
- Children Apperception Test
- KOCH-Baum Test

Zur Abschätzung relevanter Verhaltensmerkmale wurde ein Fragebogen entworfen, den die Eltern bzw. Betreuer der Kinder beantworteten. Wegen gravierender organischer Schädigung mußten zwei Kinder von der psychologischen Untersuchung ausgeschlossen werden. Es standen demnach Untersuchungsergebnisse von 13 Kindern zur Verfügung, die bei der Testung zwischen 2 1/2 und 10 Jahren alt waren. Von diesen 13 Kindern lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung 6 in ihrem Elternhaus, 7 waren in einem Kinderheim untergebracht.

2.3 Medizinische Aspekte der Kindesmißhandlung und Vernachlässigung

Neben dem deutschen Begriff "Kindesmißhandlung" findet man heute immer häufiger die Bezeichnung "Battered Child Syndrome" oder "Maltreatment Syndrome". Neuerdings werden aber diese nicht alles umfassenden Beschreibungen durch das Syndrom "Child Abuse" ersetzt.

KEMPE et al. haben für die Kindesmißhandlung einen Symptomenkatalog aufgestellt, der nur zögernd in den Lehrbüchern der Kinderheilkunde seinen Platz findet. Die wichtigsten Punkte sind:

- unregelmäßig verstreute, in verschiedenen Stadien der Heilung begriffene Hämatome,
- subdurales Hämatom mit oder ohne Schädelfraktur,
- mehrere Frakturen in verschiedener Heilungsphase,
- auffällige Veränderungen an Meta- und Epiphysen,
- periostale Reaktionen,
- Diskrepanz zwischen klinischem Befund und der Begründung der Eltern.

Differentialdiagnostisch kommen in Frage: Hämorrhagische Diathesen, infantile kortikale Hyperostosen, Osteogenesis imperfecta, Lues, Tbc, Rachitis, Skorbut oder Hypervitaminosen von A und D, angeborene und evtl. familiäre Indifferenz oder Unempfindlichkeit gegen Schmerzen.

Da hierauf nicht näher eingegangen werden kann, sei auf die Arbeiten von FONTANA, KEMPE, KÖTTGEN und SILVERMAN verwiesen. Wie ungern Kinderärzte bereit sind, die Diagnose: Kindesmißhandlung zu stellen, zeigen die Krankenblätter. Danach wurden bei 35 Einweisungen in die Kinderklinik nur 2 mal "Kindesmißhandlung" als Einweisungsdiagnose vermerkt. Im Krankenblatt stand "Kindesmißhandlung" 18 mal als Haupt- 3 mal als Nebendiagnose.

Wie wenig die Symptomatik der Kindesmißhandlung in der Differentialdiagnose des Arztes berücksichtigt wird, haben viele Beispiele in der Literatur bewiesen (KEMPE, KÖTTGEN, TRUBE-BECKER). Oft wird an ein seltenes Syndrom gedacht und ein Fehlverhalten der Eltern für unmöglich gehalten. Leider liegt auch hier eine Schwäche der Gerichte, die viel eher manchen Lügen der Eltern Glauben schenken als den medizini-

schen Gutachtern (KÜTTGEN). So wurde ein Kind wiederholt in die Kinderklinik eingeliefert. Der Verdacht einer Mißhandlung lag vor, konnte aber den Eltern nie nachgewiesen werden. Erst nachdem der Junge mit einem totalen Darmriß und Frakturen erneut in die kinderchirurgische Abteilung der Klinik eingeliefert wurde, konnte man die Eltern anzeigen. Es kam zum Prozeß, die Eltern lehnten jede Schuld ab und machten für die Verletzungen eine krankhafte Blutungsneigung ihres Kindes verantwortlich. Die Mainzer Gutachter, die diese Behauptung durch eine Routineuntersuchung auf hämorrhagische Diathese ausgeschlossen hatten, wurden vom Gericht für parteiisch befunden und ein Obergutachten angefordert, das ein WILLEBRAND-JÜRGENS-Syndrom fand, womit dem Gericht sogar die Knochenbrüche und der Darmriß erklärt und die Unschuld der Eltern bewiesen schienen. Die Eltern wurden frei gesprochen. - Leider stellte sich erst Jahre später heraus, daß der Vater, ein Sadist, die Ursache für die qualvollen Verletzungen des Kindes gewesen war.

2.4 Mißhandlung

In den meisten Fällen ergibt sich schon aus der genauen äußerlichen Inspektion eines Kindes der Verdacht einer Mißhandlung. Dazu gehört es auch, das Kind völlig zu entkleiden. Dabei gibt es eine Körperstelle, die fast immer übersehen wird: die Fußsohle, die aber gar nicht so selten Sitz von Verbrennungen ist.

Zu einer gesicherten Beweisaufnahme gehören hier Farbfotos aller verletzten Körperpartien, denn diese "stummen Zeugen" verblassen schnell.

2.4.1 Hautverletzungen

Von den 54 mißhandelten Kindern wiesen 52 Kinder Hautverletzungen auf. Die häufigsten waren Hämatome, oft über den

ganzen Körper verstreut. Bei einer Sichtung des Materials getrennt nach Kopf, Hals, Rumpf und Extremitäten fiel auf, daß man schon, ohne das Kind ganz entkleidet zu haben, viele Spuren erkennen kann. Der Rumpf zeigt aber oft weitere Befunde und erhärtet somit den Verdacht bei Mißhandlungen.

<u>Hautverletzungen</u>	<u>Zahl der Fälle</u>	<u>%</u>	<u>n=52</u>
Blutergüsse	47	90	
an Kopf und Hals	39	75	
Rumpf	34	65	
Extremitäten	32	62	
Platzwunden etc.	8	15	
Kratzspuren	7	13	
Verbrennungen	5	10	
Striemen	3	6	
Bißwunden	2	4	

Tabelle 2: Arten von Hautverletzungen bei 52 mißhandelten Kindern.

Als weitere Hautverletzungen traten auf: Platzwunden, Kratzspuren, Verbrennungen, Bisse, Striemen; als Zeichen früherer Verletzungen sah man zusätzlich alte Narben.

2.4.2 Weichteilverletzungen

Weichteilverletzungen können nur bei tödlichem Ausgang durch eine Sektion in vollem Umfang festgestellt werden. Neben Schwellungen und tiefliegenden Hämatomen wurde auch ein Fall von Zerreißung der Halsschlagader gefunden.

2.4.3 Verletzungen des Skelettsystems

Bei jedem zweiten Kind brachte die Röntgenuntersuchung positive Ergebnisse. Besteht der Verdacht auf eine Mißhand-

lung, ist in jedem Fall eine Untersuchung des gesamten Skelettsystems indiziert. Diese sollte in bestimmten Zweifelsfällen nach ca. 14 Tagen wiederholt werden, wenn der Verdacht besteht, daß das Knochensystem geschädigt ist, denn periostale Reaktionen sind im Röntgenbild erst nach dieser Zeit nachzuweisen.

Im Mainzer Untersuchungsgut wurden 22 mal Brüche festgestellt, dabei handelte es sich 8 mal um Frakturen der oberen, 4 mal der unteren Extremität, 9 mal um Rippenbrüche, die normalerweise bei Kindern höchst selten vorkommen (KÖTTGEN) und eine Clavicula-Fraktur. Subperiostale Blutungen wurden 6 mal beobachtet, eine Meta- bzw. Epiphysenschädigung 5 mal und eine Luxation 4 mal. Ein Kind wurde mit gelockerten Schneidezähnen, Nasenseptumdefekt und Stegverlust in die Klinik eingeliefert.

Knochenveränderungen	n=26
Brüche:	17
obere Extremität	9
untere Extremität	4
Rippen	9
Schlüsselbein	1
subperiostale Reaktionen	6
meta- bzw. epiphysäre Absprengungen	5
Luxationen:	4
Schulter	1
Ellenbogen	2
Hüfte	1
Lockerung der Schneidezähne	1
Nasenseptumdefekt, Stegverlust	1

Tabelle 3: Arten von Knochenveränderungen bei 26 Kindesmißhandlungen

2.4.4 Schädel- und Hirnverletzungen

Die Schwere der Verletzungen und ihre Anordnung können oft die Schutzbehauptungen der Eltern widerlegen. Das ist auch der Fall bei Schädelhirnverletzungen, wie sie 36 Kinder aufwiesen. So fanden sich bei 24 Kindern ein subdurales Hämatom und bei zwei weiteren ein epidurales Hämatom. Bemerkenswert ist hierbei, daß nur 7 Kinder eine gleichzeitige Schädelfraktur und zwei eine Schädelbasisfraktur erlitten.

<u>Schädel-Hirnverletzungen</u>	<u>Zahl der Fälle</u>	<u>%</u>	<u>n=36</u>
Subdurales Hämatom	24	67	
ohne Schädelfraktur	17		
mit Schädelfraktur	7		
Epidurales Hämatom	2	6	
Schädelfraktur, insgesamt	9	25	
Hirngewebszerstörung	4	12	
Schädelbasisfraktur	2	6	
Krämpfe als Folge	6	16	
Hydrocephalus als Folge	5	14	

Tabelle 4: Arten von Schädel-Hirnverletzungen bei 36 mißhandelten Kindern.

Dieser Umstand erklärt sich durch das noch sehr elastische Material des kindlichen Schädels und ist für die Untersuchung eines "Battered Child" von großer Wichtigkeit. Wie schwerwiegend die Verletzungsfolgen sein können, ist aus der nachfolgenden Tabelle zu ersehen.

<u>Folgen der Schädel- Hirnverletzungen</u>	<u>n=54</u>
Tod	27
Retardierung	11
erhöhte Krampfbereitschaft	5
grand mal Epilepsie	1
ständige Arbeitsunfähigkeit	1
unbekannt	9

Tabelle 5: Folgen der Schädel- Hirnverletzungen bei
54 mißhandelten Kindern.

2.4.5 Verletzungen des Brust- und Bauchraumes

Obwohl Verletzungen des Brust- und Bauchraumes weitaus seltener beschrieben und gefunden werden, was wahrscheinlich auch mit der schwierigeren Befundaufnahme zusammenhängt, soll man die Möglichkeit einer Untersuchung stets bedenken.

Durch massive stumpfe Gewalteinwirkung sind Kinder so auf das Schwerste verletzt worden. Es werden 5 Fälle aufgezählt:

1. Querdurchriß des Darms 10 cm vor dem Treitz'schen Band, Einriß des Mesenteriums, dadurch paralytischer Ileus, retroperitoneales Hämatom.
2. Flächenhafte Blutung des Mesenteriums am Übergang vom Dünndarm in den Dickdarm.
3. Flächenhafte Blutung im Mesenterialstiel.
4. Großes Mediastinalhämatom
5. Hämatom an der Aufteilung von Aorta in die Iliacae communes, Blutung in den Dünndarm und dadurch Obliteration 2 cm kaudal vom Duodenum.

2.4.6 Todesursachen

54 Fälle von Kindesmißhandlung sind in den Akten der Kinderklinik und dem Institut für Rechtsmedizin gefunden worden. 27 Kinder, das sind genau die Hälfte, starben an den Folgen der Mißhandlung. Diese Zahl ist erschreckend hoch und macht zweierlei deutlich:

1. Die Kindesmißhandlung ist eine lebensgefährliche Krankheitserscheinung, die jeder Arzt, besonders der Kinderarzt, erkennen muß!
2. Die Dunkelziffer ist wahrscheinlich sehr groß, denn nicht jedes zweite mißhandelte Kind stirbt an den Folgen.

<u>Todesursachen</u>	<u>n=27</u>
Hirnblutung	14
Erwürgen	3
Kreislaufversagen	2
Ertränken	2
Aspiration von Speisebrei	1
ungeklärt	5

Tabelle 6: Todesursachen von 27 mißhandelten Kindern.

2.4.7 Nebenbefunde

Die Nebenbefunde bei der Mißhandlung sind in der Regel nicht zufällige Erscheinungen. Dies wird aus der Aufstellung recht deutlich.

<u>Nebenbefunde</u>	<u>n=54</u>
Schlechter Pflegezustand	11
Untergewicht	7
Minderwuchs	4
Erbrechen, Durchfall	10
Meningitis	4
Otitis media	4
Pneumonie	3
unspezifisches Fieber	3
retinale Blutungen	6
Rachitis	2

Tabelle 7: Nebenbefunde bei 54 mißhandelten Kindern.

Denn obwohl einerseits manche Kinder gut gepflegt und entwickelt sind, fallen bei den anderen die Zeichen der schlechten Behandlung bereits äußerlich auf. Offenbar sind die häufig gleichzeitig auftretenden Infektionskrankheiten Folge schlechter Pflege.

2.5 Vernachlässigung

Die Kindesmißhandlung ist eine Krankheit, die nach dem Wissensstand der Medizin durchaus diagnostiziert werden kann. Differentialdiagnostisch gibt es relativ wenig Schwierigkeiten. Ein Symptomenkatalog für Kindesmißhandlung ist von KEMPE, FONTANA und SILVERMAN aufgestellt und seither auch laufend ergänzt worden und erleichtert den Ärzten das "Battered Child" leichter zu erkennen. Leider ist aber das Gebiet der Kindesvernachlässigung in der Medizin stark vernachlässigt und bisher wenig differenziert beschrieben worden. Die Dunkelziffer für die Vernachlässigung liegt wahrscheinlich noch viel höher als bei der Kindesmißhandlung. (BAUER, BECKER, KÖTTGEN, NAU, STAUDER, TRUBE-BECKER).

Wie kann der Gutachter vor Gericht beweisen, daß eine Vernachlässigung vorliegt? Wie kann man die Schutzbehauptungen mancher Mütter widerlegen, die angeben, das Kind sei immer schon schlecht gediehen, oder habe an Darmgrippe gelitten? Oder sie habe überhaupt nicht bzw. kaum eine krankhafte Veränderung am Kind festgestellt. Ist das Untergewicht Zeichen einer Vernachlässigung oder nur die Folge einer Darmgrippe? Oder ist etwa die Darmgrippe die Folge der Vernachlässigung?

Bei der Sichtung des Materials sind einige Symptome, die auch früher schon beschrieben wurden (KÖTTGEN, NAU, TRUBE-BECKER), immer wieder aufgetaucht. So war es möglich, auch für die Vernachlässigung einen Symptomenkatalog aufzustellen, der es erleichtern soll, in diesem Punkt einer Klärung näher zu kommen.

2.5.1 Hautveränderungen:

Eine Vernachlässigung kann häufig schon an dem sehr un gepflegten Äußeren der Kinder erkannt werden. Neben schmutziger Kleidung wiesen sie alte Kot- und Dreckspuren an den Hautfalten, dicke, harte Schmutzkrusten hinter den Ohren, teils völlig verfilzte Haare und überlange, ungeschnittene Zehen- und Fingernägel auf. Häufig ist die Haut an den Aufliegeflächen und den intertriginösen Stellen wund bis tief ulzeriert, mit den Zeichen einer Sekundärinfektion, dadurch verursacht, daß die Kinder oft tagelang in ihren feuchten . Exkrementen lagen. Ein Kind wies darüber hinaus Erfrierungen ersten und zweiten Grades auf. Derartige Befunde belasten in jedem Fall die Eltern, auch wenn sie für das Untergewicht eine andere, nicht zu widerlegende, Erklärung haben.

<u>Hautveränderungen</u>	<u>n=11</u>
Wundliegeflächen	9
schmutzig	7
ungeschnittene Nägel	2
Erfrörungen 1. - 2. Grades	1

Tabelle 8: Arten von Hautveränderungen bei 11 vernachlässigten Kindern.

2.5.2 Untergewicht

Von den 19 vernachlässigten Kindern war bei 14 von einem Untergewicht die Rede im Krankenblatt und Sektionsprotokoll. Hier zwei Beispiele über den Obduktionsbefund:

1.		<u>Realgewicht</u>	<u>+ Normalgewicht</u>
	Körper	3560 g	8100 - 8500 g
	Niere	20 g	60 g
	Leber	176 g	260 g
	Gehirn	650 g	870 g
2.			
	Körper	3000 g	7000 g
	Niere	15 g	43 g
	Leber	140 g	185 g
	Gehirn	554 g	600 g
	Herz	16 g	27 g
	Milz	10 g	19 g

+Normalgewicht nach (GEIGY)

Die teils massive Gewichtsabnahme auch lebenswichtiger Organe zeigt ganz eindeutig, daß hier eine langdauernde Vernachlässigung vorgelegen haben muß, denn auch bei einer akuten schweren Gastro-Enteritis werden nicht so schwere Organveränderungen beobachtet.

Untergewicht (genau bekannt n=6)

40 % unter der Norm	1
50 - 60 % unter der Norm	5

Tabelle 9: Untergewicht bei 6 Fällen von Kindesvernachlässigung.

2.5.3 Unterlänge

Ein verzögertes Längenwachstum zeigt sich erst nach einer sehr lang anhaltenden Vernachlässigung. Diagnostische Hinweise kann hier auch eine Altersbestimmung der Knochenentwicklung liefern. Denn dieser Rückstand ist früher festzustellen.

Unterlänge (genau bekannt n=9)

5 - 10 % unter der Norm	2
10 - 20 % unter der Norm	5
25 % unter der Norm	1
30 % unter der Norm	1

Tabelle 10: Unterlänge bei 9 vernachlässigten Kindern.

2.5.4 Begleiterkrankungen

Als Folge einer Vernachlässigung ist immer mit einer geschwächten Abwehrbereitschaft des kindlichen Organismus zu rechnen. Das zeigt sich auch an der Vielzahl der Begleiterkrankungen, die nicht wie bei der Mißhandlung als Nebentbefunde zu deuten sind!

<u>Begleiterkrankungen</u>	<u>n=19</u>
Lungenentzündung	10
Otitis media	10
Gastro-Enteritis	6
Bronchitis	4
Sinusitis	3
Rachitis	6
Untertemperatur (35°)	3
Hungeroedeme	2
Verringerter Muskeltonus	2

Tabelle 11: Arten von Begleiterkrankungen bei
 19 vernachlässigten Kindern.

Mit diesen Befunden schließt sich der Symptomenkreis für die Kindesvernachlässigung.

Als wichtigste Punkte sind festzuhalten:

1. Ungepflegtes, schmutziges Äußeres mit Wundsein.
2. Massives Untergewicht, auch der Organe, evtl. mit Unterlänge.
3. Rachitis.
4. Infektionskrankheiten, meist Pneumonie, Otitis media oder Gastro-Enteritis.

Wenn diese Bedingungen gegeben sind, kann mit großer Sicherheit von einer Vernachlässigung gesprochen werden.

2.5.5 Todesursachen

Erschreckend ist die Tatsache, daß außer einem Kind alle an den Folgen verstarben.

Todesursachen	n=18
Aspiration von Speisebrei	5
Verhungern	3
Infektionskrankheiten	2
Gastro-Enteritis	2
Pneumonie	2
Kreislaufversagen	2
ungeklärt	2

Tabelle 12: Todesursachen von 18 vernachlässigten Kindern.

2.6 Gleichzeitige Mißhandlung und Vernachlässigung

Gleichzeitiges Vorkommen von Mißhandlung und Vernachlässigung ist in ausgeprägter Form sehr selten, da meistens diese Delikte von einer verschiedenen Persönlichkeit der Eltern abhängt. In der Mainzer Untersuchung fielen unter diese Gruppe nur drei Fälle, die aber der Gruppe zugeordnet wurden, der die Schwere des Krankheitsbildes mehr entsprach.

2.7 Täter und Milieu

Die meisten Täter sind die leiblichen Eltern, wie man aus der Tabelle entnehmen kann.

2.7.1 Täter-Opfer-Beziehung

<u>Täter-Opfer-Beziehung</u>	<u>Zahl der Fälle</u>	<u>Zahl der Eltern</u>	<u>Σ</u>
Beide Eltern	22	44	
Vater	17	17	
Mutter	23	23	84
beide Pflegeeltern	4	8	
Pflegevater	1	1	
Pflegemutter	2	2	9
Stiefmutter	1	1	
Hausangestellte	1	1	
Großmutter	1	1	
ungeklärt	1	1	
insgesamt	73	99	100

Tabelle 13: Täter-Opfer-Beziehung bei 73 mißhandelten und vernachlässigten Kindern.

Bemerkenswert ist, daß 11 Pflegeeltern unter den Tätern waren.

2.7.2 Altersverteilung der Täter

Betrachtet man die Altersverteilung der Täter, so finden sich nur 3 Täterinnen unter 20 Jahren. Die Mehrzahl ist zwischen 20 und 30 Jahren alt, bei einem Durchschnittsalter der Frauen von 26,6 und der Männer von 28,6 Jahren. In 49 Fällen war das Alter nicht bekannt.

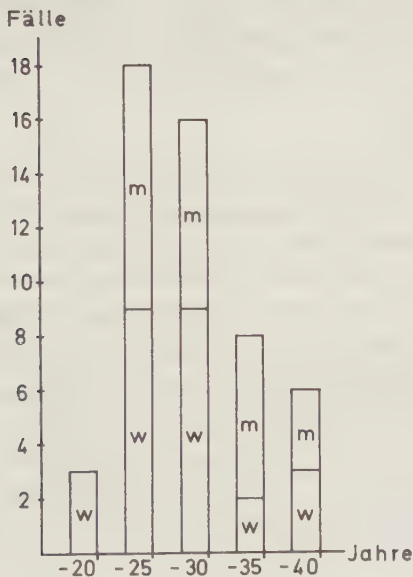


Tabelle 14: Altersverteilung von 48 Tätern bei Kindesmißhandlungen und Vernachlässigungen.

2.7.3 Berufe der Täter

Bei der Untersuchung der Berufsgruppen fällt auf, daß die untere soziale Schicht bei weitem überwiegt.

Die Täter übten folgende Berufe aus: Hilfsarbeiter (6), Arbeiter (10), Kraftfahrer (3), Händler (1), Matrose (2) Heizer (1), Rangierer (1), Masch. Schlosser (1), Bahnwärter (2), Soldat (3), Elektriker (1), kaufm. Angestellter (1), Kaufmann (1), Polizei-Beamter (1), Student (1); einer war zur Zeit der Tat arbeitslos.

Die Täterinnen und die Frauen der Täter waren, soweit bekannt, Arbeiterin (2), Hausgehilfin (2), Verkäuferin (1), kaufm. Angestellte (1), Postangestellte (1), staatl. Angestellte (1), Sekretärin (1), Arzthelferin (1), Prostituierte (1) und 26 Hausfrauen.

In den 73 Akten wird 10 mal von Eltern berichtet, die selbst ihre Jugend in Heimen oder Pflegestellen verbrachten. 9 Väter und 8 Mütter waren vorbestraft, ein Vater bereits 18 mal. Drei Frauen und zwei Männer waren einschlägig vorbestraft. 10 Männer und 5 Frauen wurden als trunksüchtig bezeichnet. Psychiatrische Gutachten der Täter ließen zwei Gruppen erkennen. Die eine Gruppe bestand aus minderbegabten, teils schwachsinnigen und triebhaften Tätern, die andere Gruppe war durch ihre unzureichende soziale Versorgung zu einer Mißhandlung getrieben worden, können aber sonst als psychisch unauffällig bezeichnet werden. So lebten viele Familien mit ihren Kindern auf engstem Raum.

2.7.4 Kinderzahl der Familien

Die Familien der Mainzer Untersuchung hatten durchschnittlich 4,1 Kinder. Der Bundesdeutsche Durchschnitt lag 1962 bei 1,8. Familien mit mehr als fünf Kindern waren keine

Seltenheit. Diese hohe Zahl ist schon eine Erklärung für die ständige Überforderung der Eltern.

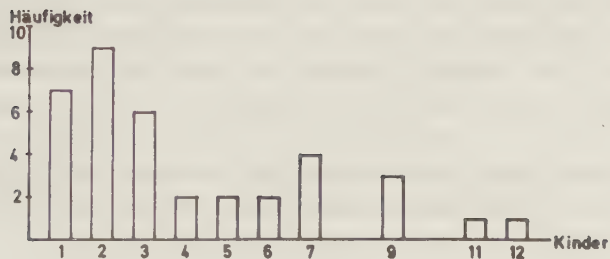


Tabelle 15: Kinderzahl von 37 Familien mit mißhandelten oder vernachlässigten Kindern.

2.7.5 Häusliche Situation

Vergleicht man die Zahl der Personen, die in einem Haushalt zusammenleben mit der Anzahl der vorhandenen Zimmer, Küche mitgerechnet, so werden erschreckende Tatsachen klar, die zu einer Belastung der Familie und somit zu einer Mißhandlung erheblich beitragen können. So gab es Haushalte mit zwei Zimmern, in denen einmal 7, einmal 8, zweimal 9 und einmal sogar 12 Personen lebten. So kam es, daß in 15 Familien Kinder im gleichen Zimmer wie die Eltern schliefen, in 7 Fällen mehrere Kinder in einem Bett.

Diese Verhältnisse, die an Kriegs- und Nachkriegszeiten erinnern, haben vielfältige Auswirkungen. Daß auch Ehe und Familie darunter zu leiden haben, ist selbstverständlich. So wird in 12 Fällen von häufiger ehelicher Auseinandersetzung berichtet, dabei ist in 9 Fällen nicht nur ein Kind oder deren mehrere sondern auch die Ehefrau mißhandelt und geprügelt worden.

4 Mütter und ein Vater, die sich ihrer Lebenssituation nicht mehr gewachsen fühlten, unternahmen teils mehrmals Suizidversuche.

2.7.6 Altersverteilung der Kinder

Am vollständigsten ist in den Akten der mißhandelten Kinder die Information über das Alter zum Zeitpunkt der Tat. In der Tabelle der Altersverteilung ist dabei von einigen Kindern das Alter mehrmals angegeben, wenn eine Tat mehrmals klinisch evident und bekannt wurde.

42 % der Kinder waren nicht älter als ein Jahr, 80 % nicht älter als drei Jahre. Das Maximum nicht nur der Delikte sondern auch der Todesfälle liegt in den ersten sechs Monaten.

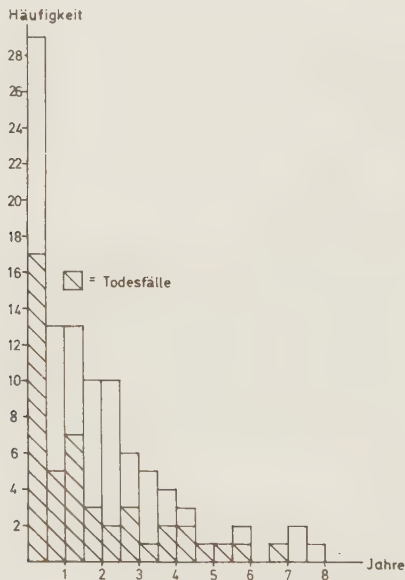


Tabelle 16: Altersverteilung aller medizinisch erfaßten Mißhandlungen und Vernachlässigungen an 73 Kindern (gestorben davon = 45).

2.7.7 Stellung der Kinder

Ungefähr 2/3 der Kinder, deren Familienstellung bekannt war, waren ehelich, 13 Kinder waren unehelich oder außerehelich gezeugt.

Stellung des Kindes

ehelich	26	35 %
unehelich	10	14 %
außerehelich	3	4
nicht bekannt	34	48 %

Tabelle 17: Soziale Stellung von 73 mißhandelten und vernachlässigten Kindern.

2.7.8 Geschwisterstellung

Betrachtet man bei den 35 bekannten Fällen die Geschwisterstellung der Opfer im Zusammenhang mit der Kinderzahl der einzelnen Familien, so stellt man fest, daß meistens das erste (14 x) oder das letzte Kind (11 x) gefährdet ist.

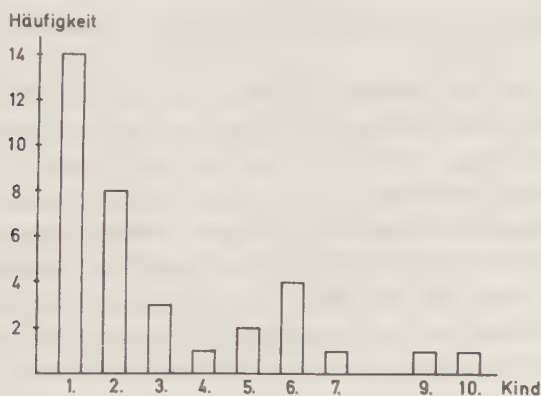


Tabelle 18: Geschwisterstellung von 35 mißhandelten und vernachlässigten Kindern.

2.7.9 Eheliche Verhältnisse

21 Ehepartner waren mindestens schon einmal geschieden, weitere 5 Ehepaare lebten getrennt. In allen Fällen waren die Kinder bei den Müttern geblieben. Es ist verständlich, daß diese Frauen körperlich und seelisch überlastet waren. 9 Mißhandlungen ereigneten sich bei einer erneuten Schwangerschaft. Zusätzlich werden Erziehungsschwierigkeiten aus 16 anderen Familien gemeldet.

Hier wird der beginnende circulus vitiosus deutlich, aus dem sich die Familie alleine nicht mehr befreien kann.

2.7.10 Zusammenfassung

Faßt man die Ursachen für die Mißhandlungen und Vernachlässigungen zusammen, so findet man drei Punkte:

1. Eine pathologische Eltern-Kind-Beziehung,
2. eine Erziehungs- und Versorgungsunfähigkeit und
3. eine physische und psychische Überlastung der Eltern.

Punkt 1 und 2 sind der Gruppe der Minderbegabten, Schwach-sinnigen und Triebhaften zuzurechnen. Sie ist bedeutend kleiner als die derer, die durch soziale Mißstände zu einer Mißhandlung getrieben wurden. Die letzte Gruppe, die meistens im Affekt handelte, bereute anschließend die Tat und suchte mit dem Kind einen Arzt auf. Aus Angst vor einer Anzeige gaben sie dem Arzt dann Schutzbehauptungen für die Entstehung der Verletzungen an, die der Mediziner nicht immer widerlegen kann.

Da sich aber durch den Krankenhausaufenthalt die Ursachen der Mißhandlung nicht ändern, vielmehr die Rückkehr des Kindes oft der Familie dann noch größere Schwierigkeiten bereitet, kommt es häufig zu Wiederholungstaten.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß von den 54 Mißhandlungen, nach Abrechnung der Todesfälle nach der ersten Mißhandlung, 80 % (n=24) der Opfer (n=30) wiederholt geschädigt wurden.



Tabelle 19: Häufigkeit von Mißhandlungen an 54 Kindern.

2.8 Rolle öffentlicher Stellen

Aus den Akten geht hervor, daß 17 mal die Familie und ihre krisenhafte Lage den Behörden wie Jugendamt und Gesundheitsamt bekannt waren. In 6 Fällen davon wurden sogar Hausbesuche erwähnt. Wenn man aber bei einer weiteren Untersuchung feststellt, daß trotz Kenntnisnahme und teilweisen

Hausbesuchen allein in den 17 Fällen schon 9 Todesopfer dabei sind, so muß man an der Effektivität der getroffenen Maßnahmen zweifeln.

So wurde ein einjähriges Kind im Laufe von vier Monaten 2 mal in eine Klinik eingewiesen wegen massiver Unterernährung. Anschließend kam es deswegen in ein Heim. Die Eltern verloren das Aufenthaltsbestimmungsrecht über das Kind, das Jugendamt wurde als Pfleger eingesetzt. Ein Jahr später entließ man es in das Haus der Pflegeeltern der Mutter, obwohl man wußte, daß auch die Eltern des Kindes zur Zeit dort lebten. 8 Monate später wurde es mit seinen zwei Geschwistern im Ausland durch die Eltern mißhandelt und vernachlässigt von der dortigen Polizei aufgegriffen. Das Kind kam erneut mit seinen Geschwistern ins Heim.

In einem anderen Fall kam ein Kind nach der Geburt für 15 Monate in ein Säuglingsheim. Die Mutter war zuvor wegen einer Geisteskrankheit entmündigt worden, aber später wieder rehabilitiert worden. Nachdem das Kind nach Hause entlassen war, erhielt das Jugendamt 5 Monate später einen anonymen Anruf, in dem es auf eine Mißhandlung aufmerksam gemacht wurde. Aus nicht geklärtem Grund ging man der Sache nicht nach. 10 Tage später wurde das Kind mit einer schweren Gehirnblutung und anderen Mißhandlungsspuren in die Klinik eingeliefert.

In einem weiteren Fall sind dem Gesundheitsamt schon seit drei Jahren die katastrophalen Zustände einer Familie bekannt, die mit der Großmutter und deren Liebhaber mit 8 Kindern eine Einzimmerwohnung mit Küche bewohnt. Die Versuche des Vaters, mit Unterstützung seines Arbeitgebers die soziale Lage durch das Gesundheitsamt zu verbessern, scheiterte nicht zuletzt wegen der Untätigkeit des Gesundheitsamtes.

In einem letzten Fall ging das Jugendamt einem anonymen Anruf wegen Mißhandlung nach, ohne etwas Verdächtiges zu

finden. Als der zweite Anruf kam, ging niemand mehr hin; abends wurde das Kind in die Klinik eingeliefert, es war bereits tot.

Sind die Behörden überlastet oder haben sie auch fahrlässig gehandelt? Hat man genug getan, indem z.B. Eltern brieflich aufgefordert werden, beim Jugendamt zu erscheinen, und wenn niemand kommt, die Akten wieder schließt?

Kann sich die Fürsorge erlauben, bei einem Hausbesuch wieder wegzugehen, ohne das gefährdete Kind gesehen zu haben, nur auf die Aussage hin, dem Kind gehe es gut. (Kurze Zeit später wurde es verhungert aufgefunden). Und das, nachdem einige Jahre zuvor schon zwei Kinder der Familie wegen Unterernährung, Lungenentzündung und Bronchitis verstarben.

Benötigt die Bürokratie eine Woche Bearbeitung eines Schreibens von Eltern, in dem zu lesen steht: "Wenn das Kind nicht aus dem Haus kommt, hänge ich mich auf oder drehe durch!"

Von 9 Fällen mißglückte 6 mal die Eingliederung eines Kindes in eine neue Familie, 4 mal davon endete sie mit dem Tod des Kindes. 7 mal schlug die Rückführung in die eigene Familie fehl. Auch dort starben 4 Kinder.

In persönlichen Gesprächen mit Vertretern des Jugendamtes kam immer wieder zum Ausdruck, daß seine Mitarbeiter völlig überlastet und dem Aufgabenbereich im Ganzen nicht gewachsen seien aufgrund von Geld- bzw. Personalmangel.

2.9 Gerichtliche Folgen:

Insgesamt konnten nur 12 Gerichtsurteile ausgewertet werden. Sie werden kurz aufgeführt.

- wegen zweimaliger Mißhandlung seines Säuglings erhielt der Vater 200.-- DM Geldstrafe.
- wegen fahrlässiger Körperverletzung, das Kind starb an den Folgen der Mißhandlung, wurde der Vater zu 3 Monaten und 15 Tagen Gefängnis und der Zahlung der Gerichtskosten verurteilt, seine Frau erhielt die gleiche Strafe zur Bewährung ausgesetzt.
- wegen Verletzung der Obhutspflicht erhielt eine Mutter 8 Monate Gefängnis (das Kind war verstorben).
- zweimal wurden Eltern, die wegen Mißhandlung schon vorbestraft waren, mit Gefängnis von 8 Monaten zur Bewährung bestraft.
- ein Vater erhielt wegen fahrlässiger Tötung seines Kindes 9 Monate Gefängnis auf Bewährung.
- in einem Fall von vorsätzlicher Körperverletzung mit ständiger Arbeitsunfähigkeit und Verletzung der Obhutspflicht mußten beide Eltern 1 Jahr ins Gefängnis und die Gerichtskosten zahlen.
- ein Vater erhielt für Verletzung der Obhutspflicht im Zuge mit schwerer Kuppelei, fortgesetzter falscher Anschuldigungen und übler Nachrede 2 1/2 Jahre Gefängnis.
- 5 Jahre Gefängnis für Totschlag nach vorausgegangener dreimaliger Mißhandlung und Vernachlässigung.
- 5 Jahre und 6 Monate Gefängnis für eine Mutter wegen Totschlag.
- ein Vater, der wegen Mißhandlung vor Gericht stand, legte gegen das Urteil Revision ein, das ihm eine Strafe von 10 Monaten auferlegte. Bei der erneuten Verhandlung, die 7 Monate später begann, stellte sich heraus, daß das Kind inzwischen von den Eltern auf einer Ferienfahrt gemeinsam umgebracht worden war. Die Leiche hat man erst 6 Monate später auf einer Müllkippe durch Zufall gefunden.

2.10 Psychologische Aspekte der Kindesmißhandlung und Vernachlässigung

Im nun folgenden Kapitel geht es um die psychischen Einwirkungen und Folgen von Mißhandlung und Vernachlässigung. Sicher ist es, von einigen Ausnahmen abgesehen, nahezu unmöglich, die erhobenen pathologischen Befunde nur als Reaktion auf diese Delikte zu deuten. Vielmehr muß man versuchen, die gesamte Konfliktsituation der Umgebung des Kindes zu erfassen. So entwickelt die Kindesmißhandlung psychologisch gesehen Symptome, die gleichzeitig Ausdruck anderer Mißstände sind.

Die gesamte Konfliktlage des Kindes wurde zusammenfassend behandelt in Arbeiten über Verwahrlosung, Deprivation, Verkümmern und Bindungslosigkeit (BOWLBY, COHEN, DAMBORSKA, SCHWARZMANN, SPITZ, SILVER, TAMBORINI, WEIDEMANN).

Die Kinder, die zur Untersuchung kamen, sind in mehrerer Hinsicht vorbelastet. Die Mißhandlung oder Vernachlässigung war bedingt einmal durch eine pathologische Persönlichkeit der Eltern, zum anderen durch ein schädigendes Milieu. Außerdem sind die Opfer z.T. geprägt durch lange Krankenhausaufenthalte und oft zusätzliche längere Heimaufenthalte. Diese Faktoren spielen alle eine Rolle und können in ihren Auswirkungen nicht voneinander getrennt werden; am ehesten noch durch die Aufzeichnungen und Untersuchungen direkt zum Zeitpunkt der Tat. Als Unterlagen gelten hierfür die Krankenblätter der Kinderklinik. Dort sind z.T. aufschlußreiche Angaben über das Verhalten der Kinder gegeben. Die Ärzte berichteten am häufigsten von einer übergroßen Ängstlichkeit der Kinder. Sie zeigte sich durch ungewöhnlich schrilles Schreien und oft hilfeschwappende "ängstlich lauernde" Blicke. Jede klinische Untersuchung wurde mit panischer Angst abgewehrt. Manchmal genügte es schon, wenn eine Krankenschwester sich dem Gitterbettchen des Kindes näherte, um loszuschreien.

Mit zunehmender Dauer der Schädigung kommt neben diesen Verhaltensweisen eine gesteigerte Aggressivität und Distanzlosigkeit hinzu. Im letzten macht sich eine tiefe Indolenz und Apathie breit. Diese Befunde werden durch Angaben der Eltern bestätigt. So zeigt sich die Verschiebung der psychischen Problematik ins Somatische, indem die Kinder wieder einnässen oder einkoten.

Von zwei Säuglingen berichten die Mütter, daß die Kinder auf die innere Ablehnung der Mutter mit Nahrungsverweigerung und Erbrechen reagierten.

2.10.1 Psychologische Untersuchungsergebnisse nach der Mißhandlung-----

Greift man die psychologischen Untersuchungsergebnisse aus den Krankenblättern heraus, so muß man bei der Auswertung berücksichtigen, daß 1. nicht alle Untersuchungen sofort im Anschluß an die Mißhandlung gemacht wurden und 2. wegen des verschiedenen Alters nicht immer die gleichen Tests durchgeführt wurden.

In 35 Krankenblättern steht 12 mal die Bemerkung: Reduzierter bis stark reduzierter Entwicklungszustand. Acht Kinder wurden auf ihren Intelligenzquotienten hin untersucht:

1. Säugling, 1 Monat alt, eine Mißhandlung bekannt geworden, IQ normal.
2. 4,5 Monate alt, 2 mal mißhandelt, IQ 80
3. 2 Jahre alt, 3 Mißhandlungen, IQ 80
4. 2 1/2 Jahre alt, eine Mißhandlung, IQ 84
5. 7 1/2 Jahre alt, 2 Mißhandlungen, IQ 78
6. 7 1/2 Jahre alt, mehrere Mißhandlungen, IQ 81
7. 8 Jahre alt, mehrere Mißhandlungen, IQ 75
8. 2 Jahre alt, 2 Mißhandlungen, IQ 65

2.10.2 Psychologische Untersuchungsergebnisse bei der Nachuntersuchung-----

Im nun folgenden Kapitel soll an Hand psychometrischer und projektiver Verfahren die 'Lage' des Kindes erfaßt und verdeutlicht werden. Nach der klinischen Ausschlußuntersuchung von zwei Kindern mit gravierenden organischen Schäden (EEG) blieben noch 13 Kinder, die getestet werden konnten. Die EEG-Befunde waren hier normal. Obwohl der Umfang der Testbatterie gering war, und die Aussagekraft der Ergebnisse deshalb nicht sehr stark ist, wird es im Rahmen dieser Arbeit sehr nützlich sein, die Diskussion über Kindesmißhandlung und Vernachlässigung um diese Aspekte zu erweitern.

Dabei ist die Generalisierbarkeit unserer Kasuistik zu relativieren. Verbindlichere bzw. gültigere Aussagen ließen sich erst nach entsprechend repräsentativen Untersuchungen machen, d.h. es müßten aus dem Gesamtmaterial von Mißhandlungsfällen die für dieses Material typischen bzw. repräsentativen Fälle untersucht werden, alles unter der Voraussetzung, alle Fälle würden bekannt.

Aufgrund der Einschränkungen für diese Arbeit sollen im folgenden aus Übersichtsgründen die wichtigsten Ergebnisse tabellarisch zusammengefaßt werden (zur Verwendung der Testbatterie s.S.9). Erst danach werden die Fälle einzeln näher erläutert und skizziert. Die Tabellen 20 und 21 geben eine Übersicht über die Altersverteilung der Kinder (20) zum Zeitpunkt der Mißhandlung, (21) zum Zeitpunkt der Untersuchung.

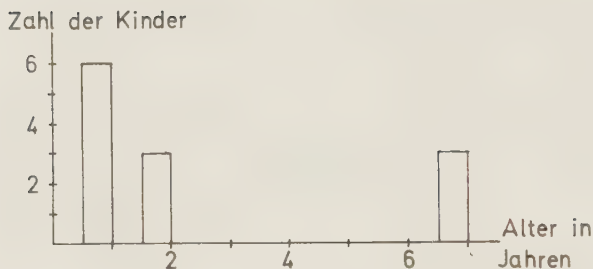


Tabelle 20: Alter von 12 Kindern zur Zeit der Mißhandlung.

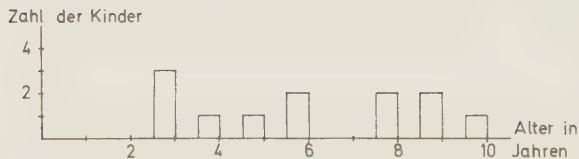


Tabelle 21: Alter von 12 Kindern zur Zeit der Untersuchung.

Aus dieser Zusammenstellung wird evident, daß überwiegend Säuglinge und Kleinkinder mißhandelt wurden, d.h. Opfer, die verbalen und nicht-tätlichen 'Regulationsversuchen' wie Mimik, Gestik, verbale Appelle, Drohungen weniger zugänglich sind.

Über die skizzierten Faktoren Täterpersönlichkeit, Milieu, sozio-ökonomische Belastungen hinaus scheinen demnach bloße Entwicklungskriterien wie mangelndes Sprachverständnis und/oder mangelnde Fluchtmöglichkeit, eine z.T. gravierende

Rolle zu spielen. Aus der Entwicklungspsychologie ist ebenfalls bekannt, daß der um die Einschulung liegende Reifungsabschnitt einen Zeitraum erhöhter Beunruhigung, eines erhöhten Bedürfnisses nach elterlicher bzw. häuslicher Zuwendung und auch von Regressionstendenzen darstellt. Diese reifungsbedingte 'Labilität' erhöht, unter dem Vorzeichen eines insgesamt gesehen eher negativen Erziehungshintergrundes, das Risiko für mögliche Opfer von Mißhandlungen. Diese Wertung wird wieder gemacht vorbehaltlich unserer einschränkenden Anmerkung zur Generalisierbarkeit unserer Befunde.

Die Tabellen 22, 23 und 24 zeigen die durchschnittliche Intelligenzleistung mißhandelter Familienkinder und mißhandelter Heimkinder zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.

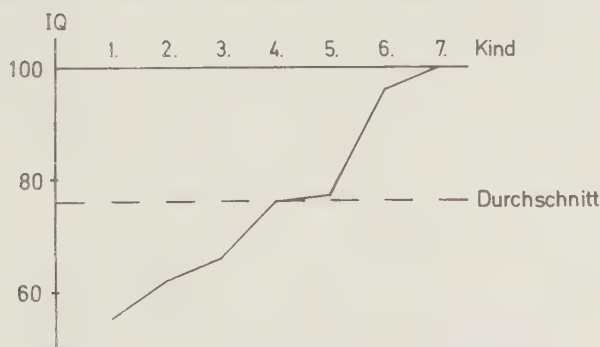


Tabelle 22: Intelligenzquotient von 7 Heimkindern.
Durchschnitt = IQ = 76

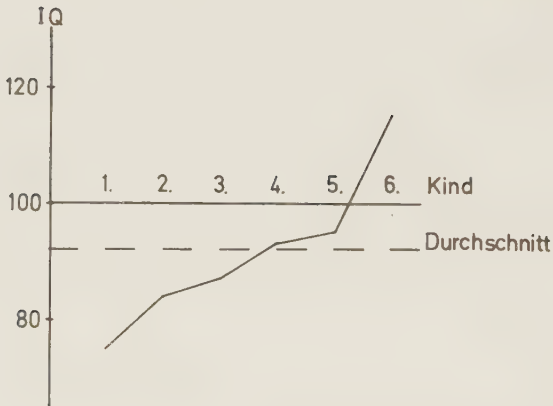


Tabelle 23: Intelligenzquotient von 6 Familienkindern.
Durchschnitt IQ = 92

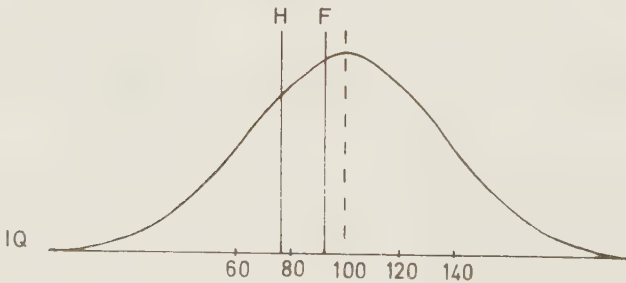


Tabelle 24: Intelligenzquotient von H = Heimkindern
und F = Familienkindern im Vergleich zur
Normalverteilung.

Mit einem Durchschnittsquotienten von 92 (Klassifikation: 'untere Grenze durchschnittlicher Begabung') zeigen die Familienkinder deutlich bessere Ergebnisse als die Heimkinder (Durchschnittsquotient hier 76, Klassifikation: 'sehr niedrige Intelligenz'). Auch aus dieser Zusammenfassung sind jedoch nur bedingt allgemeine Aussagen abzuleiten (s. Anmerkungen zur beschränkten Generalisierbarkeit unserer Daten, S. 37).

Die gleichen Einschränkungen - geringe Anzahl (n=13) der Fälle, nicht gegebene Repräsentativität unserer Kasuistik - gelten auch für die Tabelle 25, die einen Überblick über durchschnittliche wie Einzel-Unterschiede zwischen Lebensalter und Intelligenzalter der Kinder geben. Beide Gruppen sind retardiert, wie Tabelle 26 und 27 zeigen, die Familienkinder jedoch mit sechs Monaten deutlich weniger als die Heimkinder, die durchschnittlich - bezogen auf das Kriterium der Intelligenz - um ca. 16 Monate hinter der Altersnorm zurückbleiben.

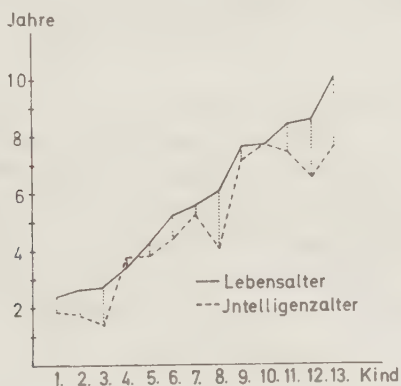


Tabelle 25: Durchschnittliche wie Einzel-Unterschiede zwischen Lebensalter und Intelligenzalter.

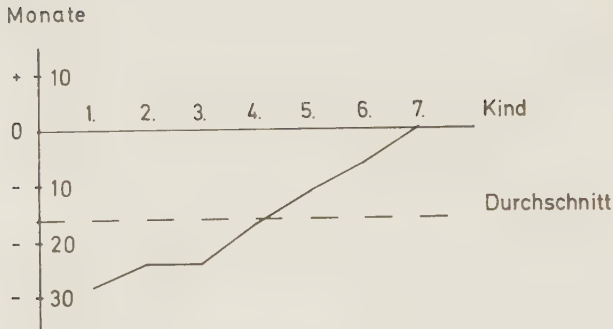


Tabelle 26: Retardierung der 7 Heimkinder,
Durchschnitt um 16 Monate.

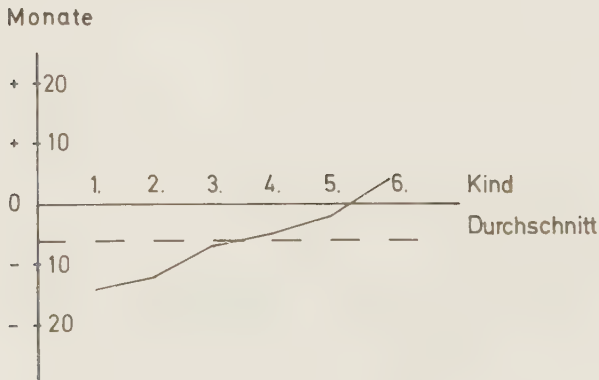


Tabelle 27: Retardierung der 6 Familienkinder,
Durchschnitt um 6 Monate.

Ähnliche Grenzen sind einer Zusammenfassung der Ergebnisse aus den projektiven Verfahren gesetzt. Beim jetzigen Stand der Forschung bzw. bei der geringen Anzahl unserer Fälle kann hier weitgehend nur ideographisch bzw. differentialdiagnostisch vorgegangen werden und können nomothetische Schlüsse nur sehr bedingt gezogen werden.

In Familien-, Eigen-, Krankheitsanamnesen, bei der Exploration, der Fragebogenerhebung und den projektiven Verfahren ergeben sich trotzdem Ähnlichkeiten bei den Zustandsbildern insofern, als alle Kinder Auffälligkeiten zeigen; ob sie nun monokausal gesehen durch den Umstand der Mißhandlung oder multidimensional gesehen durch den Umstand des eher negativen Erziehungshintergrundes, für den die Mißhandlung ein Symptom wäre, sei dahingestellt.

Im einzelnen ergeben sich Hinweise für Verkümmern, Bindungslosigkeit ebenso wie für Feindseligkeit, Regression, während die Reaktionsweisen des unten erläuterten ersten Stadiums - akute Angst, Aggression - zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nur noch relativ selten (2 mal) zu erfassen waren.

Nach der Häufigkeit gewichtet waren im einzelnen folgende Störungen zu erheben: gestörtes Verhältnis zum Vater (10 Fälle), Eigensinnigkeit (10 Fälle), Gehemmtheit (6 Fälle), gestörtes Verhältnis zur Mutter (6 Fälle), Kontaktarmut (5 Fälle), Schlafstörungen, Schreianfälle jeweils 5 Fälle. Seltener ergaben sich folgende Merkmale: Konzentrationsschwäche, Feindseligkeit, Aggressivität, Brutalität, Jähzorn, Enuresis. Über die eher 'quantitative Begrenztheit' hinaus sind hier auch 'qualitative' Einschränkungen insofern zu machen, als durch die Begrenztheit der psychologischen Testbatterie, durch mangelnde Möglichkeiten zu Erhebungen z.B. familienanamnestischer Daten, möglicherweise für das Mißhandlungs-Syndrom relevante Merkmale nicht erhoben werden konnten. (Siehe hierzu deshalb Skizzierung der Einzelfälle).

2.10.3 Fallbeschreibung

Fall 1:

Mädchen

Alter bei der ersten Mißhandlung: 2 Monate, 2 x mißhandelt,

Alter bei der Untersuchung: 4 Jahre

Kind lebt zu Hause

Vater: 33 Jahre, Schweizer

Mutter: 23 Jahre, Hausfrau

A. stammt aus einer Arbeiterfamilie, die mit den Großeltern zusammen in einem kleinen Dorf leben. Seine Eltern heirateten früh. Die Mutter war erst 17 Jahre alt und bereits schwanger. Tagsüber befand sich A. meistens bei den Großeltern auf dem Feld. Abends, wenn der Vater von der Arbeit kam, mußte die ganze Familie "kuschen". Laut Aussagen der Großmutter fielen häufig Schläge, wenn die Kinder nicht ganz still und brav waren. Der Vater, ein ausgesprochener Langschläfer, prügelte seine Kinder oft, wenn er durch ihr morgendliches Schreien nicht mehr schlafen konnte. Einmal stellte er eines der Kinder, das im gleichen Zimmer wie er schlief, im Winter unbekleidet im Oberteil eines Kinderwagens ins ungeheizte Bad, um seine Ruhe zu haben. So gab es auch jedesmal Prügel, wenn die Kinder mit zwei oder drei Jahren noch einnäßten.

A. wurde zweimal im Alter von zwei und zehn Monaten in die Klinik eingeliefert. Jedesmal waren für die Verletzungen Schutzbehauptungen aufgestellt worden, die nicht zu widerlegen waren. Nur durch den Bericht der Großmutter bei einem Krankenbesuch kam es zur Überführung des Vaters. Er wurde mit 200.-- DM Geldbuße bestraft.

Bei der psychologischen Untersuchung, die 3 1/2 Jahre nach der letzten bekanntgewordenen Mißhandlung erfolgte, ergab sich im MANN-Zeichen Test bei A. ein IQ von 83, im KRAMER- Intelligenz Test von 84. A. war sehr schüchtern

und gehemmt. Wahrscheinlich hätte sie besser abschneiden können. Die Ergebnisse des Children Apperception Test waren für eine Deutung mangelhaft, was einerseits Zeichen einer intellektuellen oder emotionellen Retardierung und andererseits Zeichen für Angst, Hemmung oder Abwehr von Konfliktproblematik sein kann. Bei einer vorsichtigen Deutung der Befunde kommt ein Zusammenspiel beider Möglichkeiten in Frage.

Fall 2:

Junge

Alter bei der ersten Mißhandlung: 1 Jahr, 2 x mißhandelt

Alter bei der Untersuchung: 3 1/2 Jahre

Kind lebt bei den Großeltern

Vater: 27 Jahre, Zigeuner

Mutter: 30 Jahre, Zigeuner

B. lebt bei seinen Großeltern seit den Mißhandlungen. Seine Eltern haben sieben Kinder. Die Mutter war im Dritten Reich im K.Z. Sie verbrachte lange Zeit ihrer Kindheit im Heim. B. wurde zweimal in die Klinik eingeliefert. Das erste Mal kam er mit einer Schädelfraktur. Die Verletzung stammte angeblich von einem Kartoffelstampfer, mit dem ein Bruder auf ihn eingeschlagen haben soll. Das zweite Mal, ein Jahr später, brachte man B. mit einer erneuten Schädelfraktur, Hirnblutung, Hämatomen am ganzen Körper, einer älteren Humerusfraktur und an der Tibia den typischen "Battered Child Zeichen" einer metaphysären Schädigung. Auch jetzt stritt die Mutter jede Schuld ab. Man gab nach dem Krankenhausaufenthalt das Kind nicht ins Elternhaus zurück sondern den Großeltern, die außerdem noch ein Kind der Familie zu sich genommen hatten, da die Familie mit 9 Personen in einer Einzimmerwohnung mit Küche wohnte.

B. näßte und kotete noch ein, als er mit 2 1/2 Jahren zu den Großeltern kam. Außerdem litt er längere Zeit unter

Schlafstörungen, die aber zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr bestanden. B. zeigte im DENVER Developmental Screening Test normale Werte. Im Ganzen gesehen war B. gut entwickelt. Die Prognose war gut. Leider hatten die Großeltern keine Handhabe juristischer Art, das Kind zu behalten, da eine Mißhandlung nicht nachgewiesen wurde.

Fall 3:

Junge

Alter bei der ersten Mißhandlung: 8 Monate, 2 x mißhandelt

Alter bei der Untersuchung: 6 1/2 Jahre

Kind lebt bei der Mutter

Vater: 28 Jahre, Installateur

Mutter: 29 Jahre, Kaufmännische Angestellte

Mit acht Monaten wurde C. von seinem Vater so schwer mißhandelt, daß er mit einem Schädelbruch in ein Krankenhaus eingeliefert wurde. Der Vater trank viel, war unbeherrscht und schlug oft zu. Mit 1 1/2 Jahren kam der Junge in die Kinderklinik mit einem Schädelbruch und multiplen Hämatomen. Anschließend wurde C. in ein Kinderheim gebracht, wo er nach einer Untersuchung einen IQ von 75 aufwies. Allgemein fiel eine Antriebsarmut und Entwicklungshemmung auf. C. wirkte verängstigt und gehemmt und konnte mit fast 2 1/2 Jahren noch nicht sprechen. Daraufhin schickte man C. in eine private Pflegeschule, um ihn besser und gezielter behandeln zu können. Nach einem Jahr stieg der IQ auf 83. Nach der Scheidung der Eltern, die inzwischen erfolgt war, kam C. zur Mutter, die Angestellte im Öffentlichen Dienst war. Da sie weiter arbeiten mußte, gab sie C. während der Woche in Pflege und nahm ihn nur am Wochenende zu sich. Nach weiteren 9 Monaten war der IQ wieder auf 76 gesunken.

Bei der psychologischen Nachuntersuchung ergab der MANN Zeichen Test einen Wert von 71, aber der KRAMER Intelligenz-

Test erstaunlicherweise von 95. Bei den projektiven Verfahren zeigte sich ein gestörtes Verhältnis zur Vergangenheit, von der C. sich bisher nicht lösen konnte, obwohl die Bemühungen zu erkennen waren, alles zu vergessen. Die Unsicherheit und ängstliche Unruhe versuchte C. durch oberflächliche Ungeniertheit und eifrige Aktivitäten zu verdecken. Jedweder Problematik ging er aus dem Wege.

Fall 4:

Mädchen

Alter bei der Mißhandlung: 5 Monate

Alter bei der Untersuchung: 2 Jahre

Kind lebt in der Familie

Vater: 32 Jahre, Polizei-Beamter

Mutter: 29 Jahre, Kaufmännische Angestellte

Die Eltern von D. gaben zu, beide öfters nervös zu sein und gereizt, was sich dann auf die Erziehung auswirke. Ihre beiden Kinder machen ihnen größere Sorgen. D. wurde mit fünf Monaten in die Kinderklinik eingeliefert mit Rippenfrakturen und den typischen "Battered Child" Zeichen an den Extremitätenknochen, die im Röntgenbild verifiziert wurden. Die Eltern stritten jede Schuld an den Verletzungen ab, gaben aber keine genauen Erklärungen für ihr Zustandekommen. Nach zweimonatigem Klinikaufenthalt wurde das Kind nach Hause entlassen. Wie bei der Nachuntersuchung zu erkennen war, kapselten sich die Eltern regelrecht gegen ihre Umwelt ab. Die Kinder durften nicht im Hof oder auf der Straße mit anderen Kindern spielen, sondern mußten in der Wohnung bleiben. Die Eltern weigerten sich, mit dem Kind zur Nachuntersuchung in die Klinik zu kommen. Bei dem Versuch, das Kind zu Hause zu testen, wurden wir das erste Mal abgewiesen.

Bei der Untersuchung zeigte sich beim DENVER Developmental Screening Test eine Retardierung des 33 Monate alten Kindes

um ca. 6 Monate. Besonders fiel der Rückstand auf in den Bereichen Sprache und sozialer Kontakt. Ansonsten machte D. keinen besonders auffälligen Eindruck. Die Schreianfälle, von denen in den Krankenblättern die Rede war und die Schlafstörungen traten nach Angaben der Eltern nicht mehr auf.

Fall 5:

Mädchen

Alter bei der ersten Mißhandlung: 3 Monate, 2 x mißhandelt

Alter bei der Untersuchung: 3 1/2 Jahre

Kind lebt bei der Mutter

Vater: 23 Jahre, LKW-Fahrer

Mutter: 22 Jahre, Verkäuferin

E. wurde 5 Monate nach der Heirat der Eltern geboren. Mit 3 Monaten kam das Kind das erste Mal in die Kinderklinik mit massiven Hämatomen im Gesicht. Da eine Mißhandlung nicht nachgewiesen werden konnte, wurde das Kind nach der Heilung wieder nach Hause entlassen. Zwei Monate später kam E. erneut in die Klinik mit Hämatomen im Gesicht, am Rumpf, an den Extremitäten, mit einer Schädelfraktur und einer Gehirnblutung. Der Vater gab zu, das Kind geschlagen zu haben, weil es nicht essen wollte. Er wurde angezeigt, und kam ins Gefängnis. Die Ehe wurde geschieden. E. kam nach einem dreimonatigen Klinikaufenthalt zur Mutter zurück.

Die Angst und Ablehnung des Kindes der Vaterfigur gegenüber kommt im Children Apperception Test, der 3 Jahre später gemacht wurde, immer noch zum Ausdruck. Der Vater wird als bestrafend, böse und gefährlich abgelehnt. Diese negative Einstellung gegenüber dem einen Elternteil wird begleitet von der Angst, die Mutter zu verlieren, mit der er sich innerlich identifiziert. Die aus beiden Punkten resultierende Unsicherheit und Unruhe bedingt seine Ich-

schwäche und sein depressives Verhalten. Mit dem Intelligenzquotienten von 100 liegt er im Normbereich.

Fall 6:

Mädchen

Alter bei der Mißhandlung: 7 Jahre

Alter bei der Untersuchung: 8 Jahre

Kind lebt in der Familie

Vater: 40 Jahre, Schrankenwärter

Mutter: 36 Jahre, Hausfrau

F. wurde mit sieben Jahren in die Kinderklinik eingeliefert. Sie war von ihrem Vater getreten und geschlagen worden, weil sie ihre Schulaufgaben nicht gemacht hatte. Sie wies multiple Hämatome am Rumpf und den Beinen auf. Von einer Anzeige wurde auf Bitten der Mutter Abstand genommen.

Der Vater trank seit 9 Jahren, seit der Geburt des ersten Kindes der Familie. Die Mutter, die zu schwach ist um sich zu wehren, ist verzweifelt. Schon mehrmals hat sie versucht, sich das Leben zu nehmen. Während der dritten Schwangerschaft ist sie von ihrem Mann grausam mißhandelt worden, so daß sie sich anschließend auf die Schienen legte. Sie wurde noch gerettet.

In dieser Umgebung wuchs F. auf. Im Children Apperception Test kam ihr negatives Vaterbild zum Ausdruck. Aber auch die Mutter, die zwar nicht als gefährlich gesehen wird, vermag ihr keine Nestwärme, keine Geborgenheit zu vermitteln. F. versucht sich daher jeder Situation anzupassen und sich so zu verhalten, daß Konflikte in der Familie vermieden werden. Diese Verdrängung der Problematik kommt deutlich zum Ausdruck in ihren früheren nächtlichen Schreikrämpfen und der noch mit acht Jahren bestehenden Enuresis, die die Verschiebung der seelischen Nöte ins Somatische zeigt.

Der IQ nach KRAMER Intelligenz Test liegt bei 88. Im KOCH-Baum Test kommt F's Anpassungsbereitschaft, ihre übertriebene Gesprächigkeit und Fröhlichkeit, ja Tagträumerei zum Ausdruck, von der auch in der Schule berichtet wird, als Flucht vor der Wirklichkeit, sowie durch sie überdeckte Unsicherheit und Mangel an Selbstvertrauen.

Fall 7:

Mädchen

Alter bei der ersten Mißhandlung: 5 Monate, 2 x mißhandelt

Alter bei der Nachuntersuchung: 5 Jahre

Kind lebt im Heim

Vater: 28 Jahre, Schiffer

Mutter: 24 Jahre, Hausfrau

G. wurde unehelich geboren. Der Vater, ein Schiffer, wechselte häufig die Wohnung und die Reederei. So verließ er in einem Winter mit seiner Freundin und ihren Kindern mit Schulden seinen Wohnsitz und versuchte in einer anderen Stadt wieder Arbeit zu finden. G., die völlig vernachlässigt wurde, war schon einmal wegen Krampfleiden und Retardierung behandelt worden. Anschließend gab man das Kind für 15 Monate in ein Kinderheim. Den Eltern wurde das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen.

Die Mutter stammt selbst aus häuslich ungünstigen Verhältnissen. Sie wuchs bei den Großeltern, im Heim und später bei Pflegeeltern auf. Sie gebar zwei uneheliche und sieben eheliche Kinder. Zu ihren Pflegeeltern gab man G. nach dem Heimaufenthalt, obwohl man wußte, daß ihre Eltern im Moment auch dort wohnten. Sie nahmen G. und zwei Geschwister kurze Zeit später mit auf ein Schiff und fuhren wieder auf dem Rhein. Im Ausland wurden die drei Kinder aufgegriffen. Sie waren völlig vernachlässigt, G. war zum Krüppel ge-

schlagen. Beide Eltern erhielten ein Jahr Gefängnis ohne Bewährung und mußten die Gerichtskosten zahlen. G. blieb mit den Geschwistern drei Monate im Ausland in einem Heim und kam anschließend alleine in Deutschland in ein anderes. Dort lebt es in einer Gruppe von 15 Kindern zwischen zwei und sechs Jahren, die von drei Betreuern geführt wird. Bei der Untersuchung fiel zunächst das reduzierte Sprech- und Sprachvermögen auf. Zum Testzeitpunkt (6 1/2 Jahre) verfügte G. über eine Gesamtintelligenz von IQ = 62. Sie erschien geistig über zwei Jahre retardiert. Der Rückstand wies aber auf eine Pseudodebilität hin als Folge eines Milieuschadens (Mißhandlung, Hospitalismus). Ihre große Unruhe, die testmäßig erfaßbare Konzentrationsschwäche, ihr mangelndes Verständnis und ihre geringe Bindungsfähigkeit, die zusätzlich latent vorhandene Angst sind Ausdruck der Verkümmern der geistigen, emotionalen und sozialen 'Fähigkeiten'.

Fall 8:

Mädchen

Alter bei der ersten Mißhandlung: 4 Jahre, 2 x mißhandelt

Alter bei der Untersuchung: 9 Jahre

Kind lebt im Heim

Vater: Über ihn ist nichts bekannt

Mutter: 31 Jahre, Hausfrau

H. wurde unehelich geboren. Über den Vater ist nichts bekannt. H. kam gleich nach der Geburt in ein Säuglingsheim. Die Mutter, die sich damals weigerte, dem Heim das Unterhaltsgeld zu zahlen, wurde deswegen 2 mal bestraft. Sie selbst hatte eine freudlose Kindheit und Jugend verbracht und die Sonderschule besucht. 1965 nahm sie H. zu sich in den Haushalt. Kurze Zeit später heiratete sie einen Mann, der, geschieden, ein eheliches und ein uneheliches Kind mitbrachte. Er war bereits 18 mal vorbestraft. 5 Monate später kam das erste gemeinsame Kind zur Welt. Anschließend

ging die Mutter das erste Mal wegen H. zur Erziehungsberatung, um sich helfen zu lassen. Nach eigenen Angaben konnte sie keine mütterliche Beziehung zu H. finden. Sie schlug sie oft, wenn sie einnähte oder sonst Schwierigkeiten machte. Diese Schwierigkeiten nahmen aber nicht ab. H. kam erneut in ein Kinderheim. Bei der Untersuchung fand man einen Intelligenzquotienten (IQ) von 68.

1968 wurde H. wieder nach Hause entlassen. Der IQ war inzwischen auf 78 gestiegen. In der Schule klagte H. eines Tages über Schmerzen auf dem Rücken; sie konnte den Ranzen nicht mehr aufsetzen. Bei einer genauen Untersuchung stellte sich heraus, daß H. wiederholt von ihrer Mutter mit einem Schlauch geschlagen worden war. Die Mutter wurde angezeigt und erhielt eine Gefängnisstrafe von 8 Monaten auf Bewährung.

Bei der jetzigen Einweisung des Kindes in ein Heim zeigten sich deutliche seelische Auswirkungen. H. wirkte völlig verstört. In der Anfangszeit hatte sie tägliche Schreikrämpfe, bei denen sie bis zu 2 Stunden wie eine Irrsinnige schrie und anschließend vor Erschöpfung zusammenbrach. Gegen andere Heimkinder verhielt sie sich aggressiv, sie zerstörte deren Spielsachen, tolerierte keinen anderen neben sich, versuchte, alle zu beherrschen und ihren Willen durchzusetzen. Sie war getrieben von Geltungsdrang und krankhafter Eifersucht. Erst nach Monaten besserte sich das Bild.

Bei der Nachuntersuchung zeigte sich ein Gesamtintelligenzquotient (IQ) nach KRAMER von 76 und nach MANN von 69. Im Children Apperception Test kam zum Ausdruck, daß sowohl Vater- als auch Mutterfiguren negativ gesehen wurden. Sie konnten ihr keine Geborgenheit und Nestwärme vermitteln. H. sah sich als Opfer und fühlte sich der Gefahr der Isolation ausgesetzt. Die drei Jahre im Heim haben zwar die augenscheinlichen Symptome bessern lassen, aber die innere Problematik besteht weiterhin.

Fall 9:

Junge

Alter bei der ersten Mißhandlung: 10 Monate, 2 x mißhandelt

Alter bei der Untersuchung: 2 Jahre

Kind lebt im Heim

Pflegevater: 60 Jahre, Beruf nicht bekannt

Pflegemutter: 60 Jahre, Hausfrau

I. wurde als 3. Kind geboren. Seine beiden Geschwister waren unehelich und außerehelich gezeugt. Nach der Geburt von I. reichte der Vater die Scheidung ein und leugnete die Vaterschaft. I. kam deshalb mit zwei Monaten in ein Heim. Nach einem weiteren Monat kam er zu einer Familie in Pflege, die schon ein Kind betreute. Die Pflegeeltern waren 60 Jahre alt. Die Frau befand sich zur Zeit der Mißhandlung in psychiatrischer Behandlung. Acht Monate nach der Übernahme wurde I. mit erheblichen Hämatomen an Rücken, Oberschenkel und Kopf sowie Rippenfrakturen in die Klinik eingeliefert. Da eine Mißhandlung nicht nachgewiesen werden konnte, es wurde ein Sturz von der Treppe angegeben, mußte I. zu den Pflegeeltern entlassen werden.

Weitere sieben Monate später starb das andere Pflegekind. Schon vorher wurde das Jugendamt durch einen anonymen Anruf auf Mißhandlungen aufmerksam gemacht. Als man der Sache nachging, fand man aber nichts. Als der zweite anonyme Anruf kam, ging man der Sache nicht sofort nach. Am Abend wurde das Kind tot in die Klinik eingeliefert. Es kam zur Anzeige. Die Pflegeeltern wurden jedoch mangels an Beweisen freigesprochen. I. wurde trotz des starken Verdachtes der Mißhandlung nicht aus dem Haushalt genommen. Vier Monate später wurde I. erneut wegen wahrscheinlicher Mißhandlungen eingewiesen. Wieder konnte den Pflegeeltern nichts nachgewiesen werden.

Jetzt kam I. aber in ein Heim, wurde aber auf Wunsch der Mutter in ein anderes Heim gebracht, das näher am Arbeits-

platz der Mutter lag. Insgesamt hatte I. jetzt mit drei Jahren schon in drei Heimen, bei der Mutter und bei Pflegeeltern gelebt.

Die äußeren Zeichen dieser dauernden Wechsel der Umgebung und der Personen sind: Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, erhöhte Nervosität und große Eigenwilligkeit.

Bei der Untersuchung mit dem DENVER Developmental Screening Test zeigte sich außerdem eine Retardierung im Bereich von Sprache und sozialem Kontakt um 50 % der Norm.

Fall 10:

Mädchen

Alter bei der ersten Mißhandlung: 5 Monate, 2 x mißhandelt

Alter bei der Untersuchung: 4 1/2 Jahre

Kind lebt im Heim

Vater: 24 Jahre, Kraftwagenfahrer

Mutter: 23 Jahre, Verkäuferin

K. wurde unehelich geboren. Fünf Monate später kam es zu einer schweren Mißhandlung. K. wurde mit einer schweren Hirnblutung eingeliefert. Ursachen und Motive blieben unklar. Während des Klinikaufenthaltes von K. heirateten die Eltern. Anschließend wurde K. nach Hause entlassen. Zwei Jahre später wurde die Polizei in die Wohnung von K. geschickt, wo man sie bewußtlos am Boden fand. Es wurden ausgeprägte Kopfverletzungen, Hämatome und Kratzspuren an Rücken, Brustkorb und Gesäß gefunden.

In der Klinik machte K. einen verschüchterten aber keinen ängstlichen Eindruck und verlangte nach der Mutter. Nach ihren eigenen Angaben sei der Vater oft jähzornig.

Aufgrund eines Gerichtsbeschlusses wurde der Vater für die Verletzungen von K. verantwortlich gemacht. Den Eltern wurde das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen und K. kam nach dem dreiwöchigen Klinikaufenthalt in ein Kinderdorf.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten lebte sie sich gut in die Familiengruppe ein. Bei der Nachuntersuchung wies sie einen Intelligenzquotienten (IQ) nach KRAMER von 88 und nach MANN von 98 auf.

K. steckte zur Zeit (4 1/2 Jahre) in der Ödipalen Phase. Die Problematik wurde aber durchgespielt, was für sie eine günstige Prognose bedeutet. Beide Eltern wurden eher abgelehnt, wodurch zum Ausdruck kam, daß möglicherweise nicht der Vater allein aggressiv war. K. fühlte sich in dem Kinderdorf sehr wohl, ihre Prognose kann als relativ günstig bezeichnet werden.

Fall 11:

Mädchen

Alter bei der Mißhandlung: 1 Monat

Alter bei der Untersuchung: 2 1/2 Jahre

Kind lebt im Heim

Vater: 27 Jahre, Maurer

Mutter: 26 Jahre, Hausfrau

L. wurde als zweites Kind geboren. Bereits nach einem Monat wurde sie mit schweren Mißhandlungsspuren von einem kleinen Krankenhaus in die Klinik überwiesen. Sie zeigte Hämatome am Kopf, ein Brillenhämatom, eine 10 cm lange Bruchspalte am linken Schädel; eine Fontanellenpunktion erbrachte blutigen Liquor.

Die Mutter, die das Kind selbst ins Krankenhaus gebracht hatte, gestand nach anfänglichem Leugnen, das Kind am Vortage mehrmals gegen den Kopf geschlagen zu haben. Gründe wurden nicht angegeben. Aus dem Krankenblatt war zu ersehen, daß der Vater, ein Maurer, viel trank und im betrunkenen Zustand oft Mutter und Kind schlug. Die Familie wohnte mit insgesamt vier Personen in einer Einzimmerwohnung ohne Küche und Bad.

Im DENVER Developmental Screening Test zeigte sie eine Retardierung um ca. sechs Monate, die im Bereich von Sprache und sozialem Kontakt am deutlichsten zu erkennen war.

Fall 12:

Junge

Alter bei der ersten Mißhandlung: 2 Jahre, 2 x mißhandelt

Alter bei der Untersuchung: 8 1/2 Jahre

Kind lebt im Heim

Vater: 39 Jahre, Schlosser

Mutter: 34 Jahre, Hausfrau

M. wurde als siebtes Kind geboren. Mit knapp zwei Jahren kam er in die Klinik mit multiplen Hämatomen und einer Gehirnerschütterung. Nach zwei Wochen wurde er nach Hause entlassen. Vier Wochen später wurde er erneut gebracht wegen einer schweren Enteritis. Dabei zeigte sich neben vielen Hämatomen ein Untergewicht von über 50 % und eine deutliche Unterlänge. Das Kind war apathisch, konnte vor Schwäche weder stehen noch sitzen, reagierte nicht auf Ansprechen. Nach einem vierwöchigen Klinikaufenthalt kam er in ein Kinderheim. Aus nicht bekannten Gründen wurde er nach 2 1/2 Jahren aber wieder nach Hause entlassen. Zwei Monate später brachte ihn die Mutter selbst wieder zurück. Seit der Zeit haben die Eltern sich nicht mehr um das Kind gekümmert. Aus dieser Zeit stammt auch ein psychologischer Untersuchungsbericht in dem u.a. steht: "Schwerwiegender noch als im intellektuellen Bereich ist M. seelisch gestört und in seiner Entwicklung behindert. Das Kind hat ganz offensichtlich neben den körperlichen Beeinträchtigungen durch die Mißhandlungen im Elternhaus auch und vor allem seelischen Schaden genommen. Das lieblose und aggressive Verhalten der Eltern ... dem Kind gegenüber verursachte eine schwere Traumatisierung und tiefgreifende Störung bei

dem Jungen, die nur sehr schwer aufzuarbeiten sein dürfte. Dies um so mehr, als das Kind schon von seinen allerersten Entwicklungsphasen an mütterlicher emotionaler Zuwendung zu kurz gekommen zu sein scheint, und somit eine Nachreifung und Aufarbeitung noch mehr erschwert ist."

Bei der Nachuntersuchung zeigte M. einen Intelligenzquotienten (IQ) von 77 nach KRAMER und von 79 nach MANN. In den projektiven Verfahren wurde eine starke Hemmung und Ichschwäche deutlich. Seine Unsicherheit ist zurückzuführen auf ein Defizit an früherer emotionaler Zuwendung von seiten der Mutter und des Vaters. Als Ausdruck erlebter existentieller Frustrationen besteht eine Verdrängung aller Gefühle.

Fall 13:

Mädchen

Alter bei der ersten Mißhandlung: 1 Monat, 10 x mißhandelt

Alter bei der Untersuchung: 7 1/2 Jahre

Kind lebt im Heim

Vater: 35 Jahre, Kraftwagenfahrer

Mutter: 31 Jahre, Hausfrau

N. wurde als drittes Kind geboren. Schon während der Schwangerschaft des ersten Kindes begann der Vater zu trinken. Im betrunkenen Zustand schlug er oft Mutter und auch die Kinder. Als das vierte Kind unterwegs war, schlug er auf seine Frau ein, würgte sie am Hals und trat ihr auf den Leib. Die Mutter sagte im Verhör: "Seit der Zeit hatte ich die Hölle!"

Drei Jahre nach der Geburt von N. wird von einem Famulus ein langer Leidensweg durch Zufall aufgedeckt. Inzwischen war N. bereits 8 mal in der Klinik behandelt worden, ohne daß man eine Mißhandlung nachgewiesen hatte, weil die Mutter immer die Abteilungen der Behandlung wechselte. So ging sie einmal in die chirurgische Poliklinik, dann zur Kinderpoli-

klinik, dann wurde N. abwechselnd bei stationären Aufenthalten in die Kinderklinik oder die Chirurgie aufgenommen. Nie konnten die Schutzbehauptungen der Eltern für die Verletzungen widerlegt werden, waren aber auch nicht verdächtig, da sie ja immer andere Ärzte behandelten.

Jetzt wurde die Mutter zu sechs Monaten Gefängnis auf Bewährung und zu 150.-- DM Geldstrafe verurteilt. Der Vater wurde mangels an Beweisen freigesprochen, obwohl er der Hauptschuldige war, was sich aber erst nach zwei erneuten Mißhandlungen, Anzeigen und Gerichtsverhandlungen herausstellte. Der Vater akzeptierte N. von Anfang an nicht als sein Kind, weil nach seinen Angaben damals auch ein Amerikaner mit im Hause wohnte und N. von ihm stamme.

N. wurde nach dem Kliniksaufenthalt in ein Heim gebracht. Dort ging es ihr jedoch nicht besser. Nach eigenen Angaben wurde sie dort weiter geprügelt und in einen dunklen Keller gesperrt. Einmal habe sie wegen Streitereien mit anderen Kindern drei Tage auf einem Stuhl schlafen müssen. Das kam aber alles erst später ans Tageslicht. Nach einem Jahr Heimaufenthalt wurde N. probeweise nach Hause entlassen. Nach drei Monaten kam sie erneut in die Klinik. Sie war von ihrem Vater schwer verletzt worden. N's Verhältnis zu ihrem Vater war massiv gestört, seit sie Zeuge einer elterlichen Auseinandersetzung wurde, bei der der betrunkenen Vater seine Frau würgte und mit dem Beil nach ihr warf. Seit der Zeit haßte N. ihren Vater. Wenn er betrunken nach Hause kam, kotete und näßte sie aus Protest auf den Teppich. Als der Vater am Rosenmontag betrunken nach Hause kam, empfing ihn N. mit den Worten: "Du hast schon wieder getrunken, Du kriegst Gift." Daraufhin schlug er sie mit dem Kopf gegen die Bettkante, auf die Sessellehne und warf sie anschließend gegen die Wand.

Bei der Nachuntersuchung ein Jahr später verfügte N. über eine insgesamt durchschnittliche Intelligenz (IQ = 100).

Ihre Sprunghaftigkeit, Ablenkbarkeit und Aggression sind Teilaspekte eines hier besonders evidenten Deprivations-Syndroms. Als Lebensgrundeinstellung entwickelte N. ein kaum noch zu durchbrechendes Ur-Mißtrauen. N. scheint von daher vor allem in ihren sozialen, emotional-affektiven Einstellungen und Bezügen geschädigt. Ihre psychopathisch anmutenden Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale sind Aspekte einer zentralen Persönlichkeitsstörung im Sinne einer als Bindungslosigkeit imponierenden Fehlentwicklung von Kernbereichen des Charakters: Gemüt und Gewissen. Als Folge der skizzierten existentiellen Frustration ist sie unmittelbar einsichtig.

2.10.4 Zusammenfassung der Auswirkungen nach Mißhandlungen

Im nun folgenden Kapitel wurde versucht, die Auswirkungen und Verhaltensweisen nach einer Mißhandlung zu ordnen und zu abstrahieren. Das Schema zeigt eine dreiphasige Einteilung.

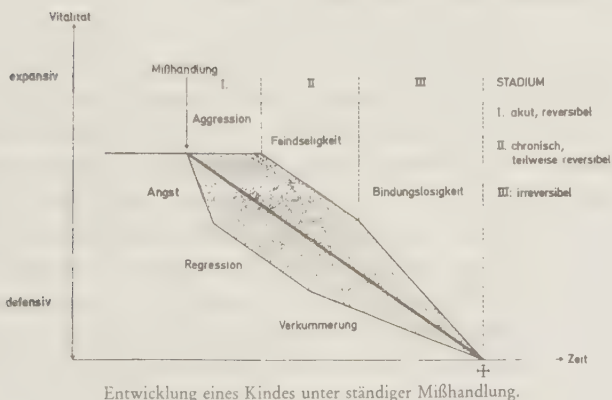


Tabelle 28: Schema über Reaktionsweisen nach Mißhandlungen

Die erste akute Phase folgt direkt auf die Mißhandlung. Die Reaktion ist einmal abhängig von der Vitalität des Opfers, wobei auch primäre Störungen organischer Art beachtet werden müssen, zum anderen von der Intensität der Tat. Je größer sie war, desto größer ist der Winkel, den der Bruch mit der bisherigen Verhaltensweise markiert. Die erste Phase ist gekennzeichnet durch zwei mögliche Reaktionen. Die eine ist die Angst als Folge einer unverstandenen Umwelt und ihre Handlungen, die andere ist eine spontane Aggression im Sinne von "Sich wehren". Zwischen beiden besteht eine gewisse Interdependenz. Diese Phase konnte durch Berichte von Arzt und Eltern aus den Krankenblättern abgegrenzt werden. Die Phasen II und III sind Ausdruck einer fortgesetzten Bedrohung. Nimmt sie an Intensität zu, so kann der Winkel nachträglich noch größer werden. Wir haben es mit einem chronischen Verlauf zu tun, der die Persönlichkeit des Kindes zu beeinträchtigen beginnt. Ausdrücke dieser Verhaltensänderungen sind: Auf dem Opfer lastende Schuldgefühle, Abwehrmechanismen, Verdrängung des Erlebten, motorische Unruhe, Kontaktstörungen, Schulschwierigkeiten, Schlaf- und Verdauungsstörungen, erneutes Einnässen und Einkoten.

In den projektiven Verfahren zeigt sich ein negatives Elternbild und eine wachsende Hemmung und Unsicherheit als Ausdruck fehlender Geborgenheit. Diese Verhaltensstörungen kamen durch den Children Apperception Test, Baum Test und den eigenen Fragebogen zum Ausdruck. Je nach der Konstitution des Opfers geht bei dieser chronischen Überforderung die Aggression (sich wehren) über in eine Aggressivität, definiert als 'Feindseligkeit' oder 'Hostility' und andererseits in eine Regression. Auch hier gibt es Interdependenzerscheinungen. Das zweite Stadium ist nur noch teilweise reversibel.

Die letzte Phase wird beschrieben mit den Begriffen 'Apathie', 'Verkümmerung' (KÖTTGEN) oder 'Bindungslosigkeit' (DESTUNIS). Die Endstufe führt zu Krankheitsbildern wie Mutismus,

Marasmus und der von SPITZ beschriebenen 'anaklitischen Depression', einer Depression des Kindes, die zum Tode führen kann.

Die Opfer sind zu keinem dauernden sozialen Kontakt mehr fähig. Sie zeichnen sich aus durch distanzloses, provokatives und zum Teil sogar autoaggressives Verhalten. Auffallend sind völlige Vertrauenslosigkeit und ein alles umfassendes Mißtrauen.

2.11 Heimsituation der untersuchten Kinder

Im Rahmen der Nachuntersuchung der Heimkinder wurde gleichzeitig versucht, die wesentlichen Daten des jeweiligen Heimes zu erfassen und die finanziellen und personellen Aufwendungen in Vergleich zu setzen zu den Ergebnissen der Tests der Heimkinder.

In einer Tabelle sollen kurz die wichtigsten Daten der sieben Heime nebeneinander gestellt werden.

Tagessatz	DM	konfessionelle Träger					private Heime	
		17,50	12,50	28.-	14.-	29.-	20.-	12,75
wieviele Kinder		108	60	59	45	55	98	50
wieviele Betreuer		16	10	14	11	9	31	12
Kinder/Betreuer		7	6	7	7	5	3	6
Arbeits-Std./Tag		13	14	8,5	10	8	9	10
Familiengruppen		ja	ja	ja	(nein)	ja	ja	ja
Eindruck		(+)	(-)	0	-	+	(-)	+
monatliche Auf- wendung pro Kind	DM	525.-	375.-	840.-	520.-	870.-	600.-	382,5

Tabelle 29: Vergleichende Daten der Kinderheime aus denen die untersuchten Kinder kamen.

Dabei fällt zuerst der krasse Unterschied der einzelnen Tagessätze zwischen 12,50 und 29.- DM pro Tag auf, was

einer monatlichen Differenz von fast 500.- DM gleichkommt.

Der Kinder/Betreuer-Schlüssel wird allgemein als Prüfstein angesehen für die Qualität des Heimes. Die Zahl schwankte hier zwischen drei und sieben. Die durchschnittliche Arbeitsstundenzahl der Betreuer lag zwischen 8 und 14 Stunden, wobei der persönliche Einsatz des Einzelnen entscheidender zu werten ist als die Stundenzahl, um dem Kind zu helfen. Deshalb muß in dieser Hinsicht sehr zurückhaltend diskutiert werden. Andererseits ist einsichtig, daß die Qualität der Arbeit bei einem dauernden Arbeitstag mit z.B. 14 Stunden auf die Dauer nachläßt.

Im Anschluß an die Erfassung fester Daten wurde durch eine grobe Einteilung eine Wertung der Heime vorgenommen im Hinblick auf die persönliche Atmosphäre (freundlich, familiär, kontaktfördernd, kinderfreundliche Gebäude). Natürlich ist eine derartige Beurteilung subjektiv. Sie soll nur im Rahmen der Arbeit mit erwähnt werden, um die Diskussion um diesen Punkt zu erweitern. Zusammenfassend seien aus den Ergebnissen von Untersuchungen und Diskussionen um Heimschäden (Hospitalismus) bzw. dem Deprivations-Syndrom und aufgrund der Ergebnisse der hier untersuchten Fälle folgende Punkte aufgestellt:

1. Heime mit der neuen Einrichtung von Familiengruppen und besonders Kinderdörfer dürften eine bessere Prognose erwarten lassen als immer wieder rückfällig werdende Familien. Dabei muß darauf geachtet werden, daß eine Herausnahme des Kindes im Alter von sechs Monaten bis drei Jahren nach OETER, DÜHRSEN, YARROW, MEVES und SIMONSEN prognostisch am ungünstigsten ist.
2. Auch wenn man berücksichtigt, daß die ersten drei Lebensjahre entscheidend die persönliche Entwicklung des Kindes prägen, so erscheint doch aufgrund der beobachteten 45 Todesfälle die Forderung nach einer frühen Heimeinweisung des Kindes bei ungünstiger Familienkonstellation ratsam.

3. Wenn ein Kind in ein Heim eingewiesen wurde, sollen Heimwechsel unter allen Umständen vermieden werden, damit das Kind Verbindungen zu festen Bezugspersonen aufbauen kann.
4. Steht eine Heimentlassung bevor, sind Kind und auch Eltern und Geschwister gezielt darauf vorzubereiten.

3. DISKUSSION

Nimmt die Kinderfeindlichkeit in der BRD zu? Man möchte, wenn man nur die Zahlen der Anzeigen wegen Mißhandlungen in den letzten Jahren verfolgt, diese Frage bejahen.

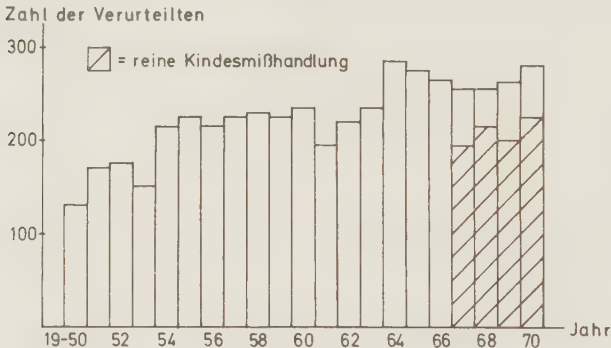


Tabelle 30: Zahl der Verurteilten nach § 223 b StGB
in der BRD von 1950-1970
gestrichelt: von 1967-1970 reine Kindes-
mißhandlungsfälle

Jedoch gibt es gute Gründe dafür, daß nicht nur die Zahl der Delikte anstieg, sondern auch die Zahl der aufgedeckten Fälle. Berlin ist hierfür ein gutes Beispiel (STENDER).

Die Zahl der Fälle in der Mainzer Universitätsklinik pro Jahr schwankte sehr stark. Es läßt sich keine eindeutige Steigerung feststellen. In der Kinderklinik wurden pro Jahr durchschnittlich drei Kinder bei 2000 bis 3000 Aufnahmen mit der Diagnose einer Mißhandlung oder Vernachlässigung behandelt. Das entspricht einem Verhältnis zur Gesamtpatientenzahl der Kinderklinik von ca. 3 %. WILLE in Kiel und STENDER in Berlin kamen zu dem gleichen Ergebnis. EBBIN berichtete aus dem Los Angeles County General Hospital sogar von 1 %.

Verfolgt man die Zahl der Delikte des § 223 b StGB, der alle Mißhandlungen Abhängiger, nicht nur die an Kindern, einschließt, von 1950 bis 1970, so erkennt man einen klaren Anstieg. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß erst Mitte der sechziger Jahre das Problem der Kindesmißhandlung in der BRD bewußt gemacht wurde und seit dem Pädiaterkongreß 1966 in Berlin durch Aufklärungsarbeit in verstärktem Maße verfolgt werden konnte. Die Zahl der seit 1950 Verurteilten ist zwar insgesamt angestiegen, aber nicht mehr stark innerhalb der letzten sieben Jahre. Die vom Statistischen Bundesamt seit vier Jahren getrennt erfaßten Kindesmißhandlungen machen dabei im Vergleich zur Gesamtzahl der Mißhandlung Abhängiger jedoch "nur" 80 % aus.

Betrachtet man die Zahl der Verurteilten wegen Kindesvernachlässigung nach § 170 d des StGB von 1961 bis 1970 so findet man sogar eine klare Abnahme.

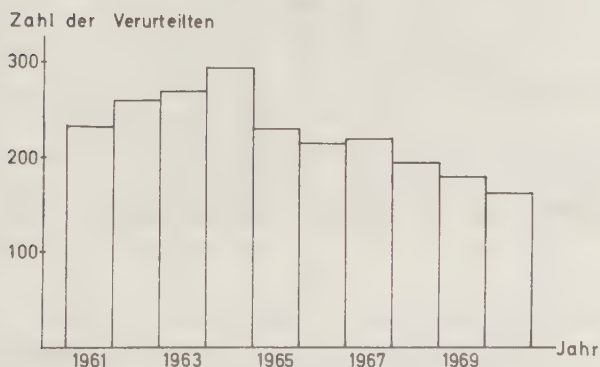


Tabelle 31:

Zahl der Verurteilten nach § 170 d
des StGB in der BRD von 1961-1970

Addiert man jetzt die Zahl der Vergehen an Kindern wegen Mißhandlung und Vernachlässigung, so ist das Bild nicht eindeutig, aber ein Anstieg kann nicht bewiesen werden.

Nimmt man die Tabelle aller Vergehen, die direkt oder indirekt als Mißhandlungen oder Vernachlässigungen gedeutet werden können, so erhält man 1970 im Vergleich zum Vorjahr sogar eine Abnahme um 8 %. Diese Tendenz wird auch von einzelnen Bundesländern und Städten gemeldet. Das Bayerische Landeskriminalamt berichtet für 1970 eine Abnahme um 5 % bezogen auf 1969, Berlin zeigt eine Abnahme der Fälle von Kindesmißhandlung und Vernachlässigung von 1966 auf 1967 um 7 % und von da auf 1968 um 9 % (STENDER).

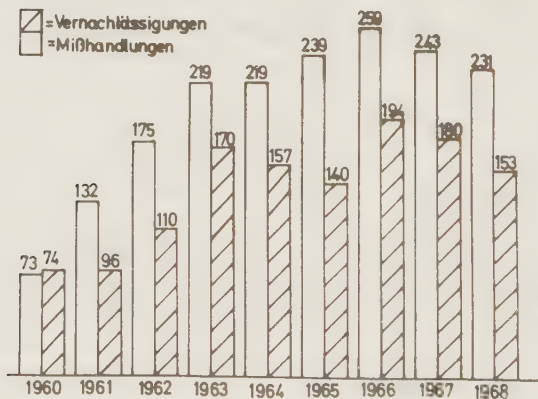


Tabelle 32: Zahl der Kindesmißhandlungen und Vernachlässigungen in West-Berlin von 1960-1968 (nach STENDER)

Im Ganzen bemerkt man einen leichten Rückgang, und das trotz wahrscheinlich verstärkter Aufklärung der Fälle und besserer Koordination der betreffenden Institutionen.

Betrachtet man das Alter der Mißhandelten und Vernachlässigten, so zeigt sich ein klares Überwiegen der Säuglinge. In der Mainzer Untersuchung waren 42 % der Kinder nicht älter als 1 Jahr, 80 % nicht älter als 3 Jahre. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen HELFER, MC HENRY, KEMPE, ELMER, und andere. Der Säugling ist sehr viel größeren Gefahren durch Mißhandlungen ausgesetzt als ein älteres Kind. Sicher werden ältere Kinder nicht weniger mißhandelt, aber die körperlichen Verletzungen sind nicht so gravierend. Das wird auch deutlich in der Altersverteilung der Todesfälle. Ein Schlag ins Gesicht bedeutet für ein Kind von z.B. 6 Jahren meistens nur blaue Flecken, für einen Säugling kann jedoch eine massive Hirnblutung mit Tod die Folge sein.

Der Anteil der Todesfälle hängt natürlich von der Herkunft der ausgewerteten Unterlagen ab. Da bei der eigenen Untersuchung die Hälfte der Berichte aus einem Institut für Rechtsmedizin stammen, wo nur die Todesfälle im Gefolge von Mißhandlungen und Vernachlässigungen begutachtet wurden, ist hiermit eine Erklärung für 63 % gegeben.

Es wird geschätzt, daß 10 % der Kinder nach Mißhandlungen sterben (HOLTER, KEMPE). Andere Autoren veröffentlichten Zahlen zwischen 20 % und 70 % (SCHLEYER, FONTANA, FALK, BONN, NIEDERMEIER, WILLE, ZIERNING).

Legt man die von NAU genannten Zahlen zugrunde, daß in der BRD pro Jahr ca. 90 Kinder nach Mißhandlungen sterben, so sind das im Verhältnis zu den 250 bis 300 verurteilten Tätern über 30 %.

Hier stößt man wieder auf die Schwächen der Statistik über Kindesmißhandlung; denn wenn ein weitergehendes Delikt als § 223 b vorliegt, so wird es dort nicht mehr erfaßt.

Legt man deshalb die Zahlen der Statistik aller auch der weitergehenden Delikte an Kindern zugrunde, so kommt man bei ca. 1100 Verurteilten auf nur noch 8 %, was den oben genannten Schätzungen sehr nahe kommt. Die Dunkelziffer

wird allgemein sehr hoch eingeschätzt. NAU gibt an, daß nur 5 % der Kindesmißhandlungen dem Strafrichter vorgeführt werden. Da nach ULLRICH aber 80 % der bekannt gewordenen und angezeigten Fälle von Kindesmißhandlungen von der Staatsanwaltschaft nicht weitergeleitet werden, verringert sich somit die absolute Dunkelziffer erheblich, denn es gibt zusätzlich Fälle, die von Behörden und Institutionen wie Krankenhaus, Jugendamt und Fürsorge trotz Kenntnisnahme nicht weitergeleitet werden. So kommt auch die große Differenz zustande zwischen der Zahl der Anzeigen in unseren Großstädten und der Zahl der Verurteilten aus der gesamten BRD.

Berichtsbereich		1962		1963		1964	
		An- fall	Häuf.- ziffer	An- fall	Häuf.- ziffer	An- fall	Häuf.- ziffer
Hamburg	Mißhandl.	28	1,515	37	1,998	53	2,858
	Vernachl.	27	1,461	39	2,106	74	3,982
München	Mißhandl.	29	2,539	32	2,744	50	4,228
	Vernachl.	22	1,926	36	3,087	40	3,382
Frankfurt	Mißhandl.	55	7,983	56	8,821	59	8,535
	Vernachl.	61	8,854	63	9,145	74	10,705
Stuttgart	Mißhandl.	21	3,278	15	2,361	19	3,004
	Vernachl.	13	2,029	20	3,148	25	3,952
Berlin	Mißhandl.	175	8,049	219	10,073	219	10,017
	Vernachl.	110	5,059	170	7,819	157	7,181

Tabelle 33: Zahl der straffällig gewordenen Personen von 1962-1964 nach § 223 b und § 170 d einiger Großstädte im Vergleich. Die Häufigkeitsziffer nennt die statistische Anzahl der straffällig gewordenen Personen unter je 100.000 Einwohnern des Berichtsreiches. (Humanistische Union)

OETER, der angibt, daß in England innerhalb von 12 Monaten ca. 25.000 Fälle von Mißhandlungen bekannt werden, kann damit nicht beweisen, daß, verglichen mit der Zahl der Verurteilten in der BRD, in England die Dunkelziffer kleiner

und die Arbeit der Behörden und Vereine besser sei. Auch wenn in 99 % der 25.000 Fälle die Anzeige sich als begründet erweist (STENDER), ist damit noch keine Aussage getroffen über die Zahl der V e r u r t e i l t e n.

Denn gerade in England wird nur ein geringer Teil der Täter angezeigt und verurteilt; man zieht die fürsorgerische Betreuung vor (OETER).

Um den Ärzten bei Verdacht auf eine vorliegende Mißhandlung mehr Sicherheit zu geben, gab KEMPE einen Symptomenkatalog an, der später noch ergänzt wurde. Die wichtigsten Merkmale sind (KEMPE):

- augenscheinliche Vernachlässigung,
- unregelmäßig verstreute, in verschiedenen Stadien der Heilung befindliche Hämatome,
- Weichteilschwellungen und Hautabschürfungen,
- subdurales Hämatom mit oder ohne Schädelfraktur,
- oft gleichzeitige Frakturen der langen Röhrenknochen,
- mehrere Frakturen in verschiedener Heilungsphase,
- Rippenfrakturen neben der Wirbelsäule,
- terminale Unregelmäßigkeiten mit Absprengungen an den Metaphysen,
- Verdickung der Corticalis durch periostale Reaktionen, (KEMPE schreibt in seinem Artikel zum Battered Child Syndrome: "To the informed physician, the bones tell a story the child is too young or too frightened to tell.")
- Diskrepanz zwischen dem klinischen Befund und den Entstehungserklärungen der Eltern,
- Ausbleiben weiterer Verletzungen in der beschützenden Umgebung der Klinik,
- wiederholte Einweisung des Kindes in die Klinik ohne klare Verletzungsbegründung.

Periostale Reaktionen lassen sich im Röntgenbild erst ca. 14 Tage später nachweisen. Im Mainzer Krankengut waren die Spuren einer Mißhandlung am häufigsten bereits durch die genaue Inspektion der Haut zu erkennen. Auch solche Kinder wurden mißhandelt, denen man es aufgrund ihrer sonstigen äußeren Erscheinung nicht direkt glaubte; sie waren wohlgenährt und gut gepflegt. Die Situation des Battered Child ist also nicht, wie z.B. HOLTER und FONTANA behaupten, "only the last phase of the spectrum of the maltreatment syndrome".

Bei den Schädel-Hirnverletzungen, die Zweidrittel der Kinder davontrugen, überwogen bei weitem die Hirnblutungen, die sehr oft zum Tode führten. Am häufigsten handelte es sich hier um ein subdurales Hämatom, das aber aufgrund der Elastizität des kindlichen Schädels nur verhältnismäßig selten (in 7 von 26 Fällen) mit einer gleichzeitigen Schädelfraktur einhergeht. BONN, MC HENRY, KÖTTGEN, SEELMANN, TOULOUKIAN, TRUBE-BECKER und WILLE veröffentlichten ähnliche Ergebnisse. FALK und MARESCH fanden bei 10 Schädel-Hirntraumen nur dreimal eine Schädelfraktur.

Über cerebrale Schäden liegen sehr unterschiedliche Ergebnisse vor. KEMPE kommt bei seiner Untersuchung von 302 Fällen nur auf 7 %. HOLTER gibt 30 %, ZIERING sogar 50 % an. GIL schätzt, daß 25-30 % der mißhandelten Kinder bleibende cerebrale Schäden davontragen. Da es keine genaue Definition gibt, was man unter "cerebralen Schäden" versteht, werden die Differenzen verständlich. Für diese Schäden sind nicht allein frühere Schädelverletzungen verantwortlich. Langanhaltende Vernachlässigungen und Fett-embolien durch periphere Verletzungen führen zu cerebralen Störungen. HAMMER kommt zu dem Schluß, daß nicht nur Knochenbrüche, sondern auch Weichteilquetschungen, Verletzungen des subcutanen Fettgewebes und sogar Erschütterungen zu einer Fettembolie führen können. Dabei liegt die Beteiligung des Gehirns zwischen 20 % (PIA) und fast

40 % (KRAUS, HENN, SPANN). Sehr häufig sind diese cerebralen Fettembolien durch eingehende Untersuchung des Augenhintergrundes an Hand einer sogenannten Angiopathia traumatica retinae zu diagnostizieren (URBANEK, OPPOLZER, PÜNDER, SCHMIDT, KÜHNE).

Die von CAFFEY und SILVERMAN beschriebenen Skelettveränderungen sind auch in der Mainzer Klinik diagnostiziert worden. In Fällen, wo keine sicheren Anzeichen auf Mißhandlung durch äußere Verletzungen gefunden werden konnten, brachte oft eine Röntgenuntersuchung des gesamten Skelettsystems den Beweis. Besonders auffällig sind neben den oben beschriebenen Verletzungstypen das gleichzeitige Nebeneinander von frischen und schon älteren, in Heilung begriffenen Knochendefekten.

Mißhandlungen, wie z.B. ein Tritt in den Bauch, verursachen schwere innere Verletzungen; sie wurden selten beobachtet. So wurde ein Kind mit einem Querdurchriß des Darms eingeliefert. Über ähnliche Verletzungen berichteten auch NIEDERMEIER, TOULOUKIAN, TRUBE-BECKER und WILLE.

Die Liste der Todesursachen wird im vorgelegten Untersuchungsgut und auch bei BONN, MC HENRY, TRUBE-BECKER und WILLE von den Hirnblutungen angeführt. Es folgen Erwürgen, Ersticken, Ertränken, Fettembolien, Kreislaufversagen, Aspiration von Speisebrei, Verblutung infolge innerer Verletzungen, Dystrophie mit Infektionen und Vergiftungen (BONN, NIEDERMEIER, KÖTTGEN, TRUBE-BECKER, WILLE).

Die Kindesmißhandlung ist eine Krankheit. Aufgrund der erwähnten zahlreichen Publikationen über verschiedenste Fälle konnte der Schutz der Kinder verstärkt werden; denn Vorbeugung ist bei einer Wiederholungsgefahr von 80 % in Mainz, 75 % bei STENDER und 84 % bei NAU ein effektives Mittel.

Über das Gebiet der Kindesvernachlässigung wird meist nur am Rande gesprochen. Zwei Veröffentlichungen haben sich ausschließlich mit der Vernachlässigung befaßt (BÜHRDEL, TRUBE-BECKER). Eine sichere Diagnose ist in diesen Fällen häufig noch schwieriger zu stellen als bei einer Mißhandlung. Wer kann schon einer Mutter eine Vernachlässigung vorwerfen, die behauptet, ihre Kinder gedeihen alle schlecht, und das plötzlich verstorbene Kind habe schlecht gegessen, sei aber sonst unauffällig gewesen. Einzelne Symptome helfen dann zur Überführung nicht weiter, erst der Verband mehrerer Krankheitserscheinungen hat beweisende Kraft.

Bei der Beschreibung von Vernachlässigungen hat man in der Literatur bisher auf eine Zusammenstellung der Symptome verzichtet; wie bereits oben beschrieben (s. S. 21) kehren vier nach eigenen Untersuchungen immer wieder:

1. Ungepflegtes, schmutziges Äußeres mit Wundsein der Haut.
2. Massives Untergewicht, evtl. auch Unterlänge.
3. Rachitis.
4. Infektionskrankheiten, meistens Pneumonie, Otitis media oder Gastro-Enteritis.

ad 1.

Oft fällt an den Kindern schon die vollkommen verschmutzte Kleidung auf. Beim Entkleiden schlägt einem ab und zu ein urinöser Geruch entgegen, tiefer Schmutz oder sogar Kot klebt in Krusten an der Haut, die teils trocken, papierdünn, rissig, schuppig und von graublasser Farbe, teils, meist an den intertriginösen Partien, flächenhaft erodiert oder tief ulzeriert sind mit Zeichen einer Sekundärinfektion (BÜHRDEL).

Diese Spuren können auch nicht alle durch einen Versuch der Eltern, die Befunde zu vertuschen, vorher mit Seife und Bürste beseitigt werden. Dazu findet man noch überlange, ungeschnittene Nägel, vollkommen verfilzte Haare, Pädatrophen und Beugekontrakturen.

ad 2:

Eine Unterlänge läßt sich leicht feststellen, in Zweifelsfällen kann eine Altersbestimmung der Knochen noch helfen. Ein Untergewicht muß genauer untersucht werden; bei einer Obduktion bringt die Messung der Organe den Beweis einer lang andauernden Unterernährung, denn sie werden z.B. bei einer vorausgegangenen Diarrhoe nicht angegriffen.

ad 3:

Rachitis wird von fast allen einschlägigen Autoren häufig als Folge einer Vernachlässigung bestätigt.

ad 4:

Eine fast bei allen Kindern zu findende Infektionskrankheit erklärt sich aus der geschwächten Abwehrlage des kindlichen Organismus. Häufigste Krankheitsbilder sind Bronchitis, Pneumonie, Otitis media, Gastro-Enteritis, Sinusitis. Als sonstige Symptome traten auf: Hypothermie bis 34 °C, verschiedene Hypovitaminosen, hypochrome Anaemien und Hypoproteinaemie (BÜHRDEL).

Bei den vernachlässigten Kindern ist der Organismus durch die allgemeine Auszehrung so geschwächt, daß eine sonst häufig beherrschbare Krankheit zum Tode führen kann, und zwar auch plötzlich, innerhalb von Stunden. Das Verschulden der Eltern ist dann in der lang anhaltenden Vernachlässigung zu suchen. Das häufige Vorkommen der Aspiration von Speisebrei als Todesursache ist durch den auf das schwerste geschädigten Organismus zu erklären, dessen Reflexe so stark herabgesetzt sind, daß es zum Erstickungstod kommt.

55 % der Täter waren bei der Mainzer Untersuchung Frauen. Die Angaben über die geschlechtliche Verteilung der Täter in der Literatur schwankt sehr. Das Landeskriminalamt Bayern berichtet aus den Jahren 1968 bis 1970 über 376 Täter, wobei 62 % männlich und 38 % weiblich sind. MENDE

und KIRSCH finden 54 % Männer, NIX und SCHLEYER berichten von einem Gleichgewicht. Bei TRUBE-BECKER, BONN, SIMONS und DOWNS überwiegen die weiblichen Täter. Von 1950 bis 1960 wurden 1207 Männer und 757 Frauen nach § 223 b des StGB verurteilt, was einem Verhältnis von 62 % zu 38 % entspricht. Dies entspricht den Ergebnissen in Bayern. Die Zahl der Verurteilten von 1960 bis 1970 ergaben ein Verhältnis von 57 % Männern zu 43 % Frauen, demnach ein Anstieg der Frauen als Täter. Berücksichtigt man außerdem noch die Ergebnisse des § 170 d des StGB, so verändert sich das Bild noch mehr. Von 1960 bis 1970 wurden durch ihn 618 Männer und 1661 Frauen verurteilt, ein Verhältnis von 27 % zu 73 %. Addiert man die Zahlen aller Verurteilten der §§ 223 b und 170 d von 1960 bis 1970, so findet man 43 % Männer und 57 % Frauen.

Untersucht man die Täter-Opfer-Beziehung, so nimmt nach Meinung der meisten Autoren die Beteiligung der leiblichen Eltern zu. In Mainz waren 84 % der Täter die leiblichen Eltern, bei NAU 68 %, bei MENDE und KIRSCH und GIL 85 % und bei SCHLEYER sogar 95 %. Über Groß- und Adoptiveltern als Täter wird kaum berichtet, die Rolle von Stiefeltern wird nicht einheitlich beurteilt. In der Mainzer Untersuchung fand sich nur eine Stiefmutter. NAU spricht von 5 %, jedoch machen sie bei MENDE und KIRSCH und GIL über 10 % und beim Landeskriminalamt von Nordrhein-Westfalen innerhalb von zwei Jahren jeweils ca. 20 % der Täter aus.

Aus der Mainzer Untersuchung fällt noch ein Befund auf. 9 % der Täter sind Pflegeeltern. In der Literatur ist nur noch bei MENDE und KIRSCH von 1 % Beteiligung der Pflegeeltern die Rede.

Das Alter der Täter liegt meist zwischen 25 und 40 Jahren. Von 1950 bis 1970 waren nur ca. 20 % der Täter unter 25 Jahren alt. Dabei überwogen die Frauen in den jüngeren Jahrgängen.

In der Statistik des Landeskriminalamtes Bayern machten die männlichen Täter unter 25 Jahren 17 % und die weiblichen 25 % aus. MENDE und KIRSCH berichten von nur 35 % unter 30 Jahren, NIX von 50 % unter 30 Jahren. GIL findet in den USA in einer Studie 27 % unter 25 Jahren, in einer anderen 46 %. Man kann aber nicht ohne weiteres amerikanische Ergebnisse für die BRD übernehmen. In der Mainzer Untersuchung waren 43 % der Täter nicht älter als 25 Jahre, leider war aber nur in 51 Fällen das Alter bekannt. 57 % lagen zwischen 25 und 40 Jahren. BÜHRDEL stellte fest, daß das Alter der Mißhandlungstäter signifikant unter dem der Vernachlässigungstäter liegt. Dieses Ergebnis stimmt mit der anderen Feststellung überein, daß Vernachlässigungen viel mehr in kinderreichen, also auch älteren Familien zu finden sind (BÜHRDEL). Die Zahlen für die BRD sind in Tabellen aufgeführt. Sie sind zwar durch die Fülle der Angaben auf den ersten Blick verwirrend, aber wichtig für die Beurteilung der Entwicklung der Delikte Kindesmißhandlung (§ 223 b StGB) und Kindesvernachlässigung (170 d StGB). Die wichtigsten Ergebnisse sind in nachfolgenden Diagrammen verdeutlicht.

Tabelle 34: Wegen Straftaten an Kindern Abgeurteilte und Verurteilte nach der strafbaren Handlung und nach der Zahl der Opfer 1967 Statistisches Bundesamt

Strafbare Handlung (§§ des StGB) i=insgesamt, w=weiblich	Abgeur- teilte	Erwachse- ne	Verurteilte Heran- wachsende	Jugend- liche	insge- samt	davon mit			
						1	2	3-5	6-8 9 od. Kind(er) als Opfer+mehr
Vernachlässigen eines Kindes (170 d)	i 297 w 228	203 156	11 11	-	214 167	125 95	39 30	39 31	11 11
Mord (211)	i 18 w 3	14 3	-	-	18 3	15 3	1 -	-	2 a)
Totschlag (212)	i 16 w 7	10 3	1 1	1 1	12 4	8 3	3 1	1 -	-
Totschlag unter mildern- den Umständen (213)	i 5 w 5	4 4	1 1	-	5 5	4 4	1 1	-	-
Aussetzung (221)	i 11 w 9	6 5	-	1 1	7 6	6 6	1 -	-	-
Fahrlässige Tötung (außer im Straßenver- kehr) (222)	i 80 w 28	52 19	3 2	4 -	59 21	58 21	1 -	-	-
Leichte Körperver- letzung (223)	i 478 w 92	323 67	22 1	45 1	390 69	374 66	13 3	1 -	1
Gefährliche Körperver- letzung (223 a)	i 214 w 41	114 30	15 2	41 -	170 32	146 30	14 2	10 -	-
Verletzen der Obhut- spflicht (223 b)	i 256 w 101	192 72	5 4	-	197 76	173 68	13 4	9 2	2
Schwere Körperver- letzung (224)	i 6 w -	4 -	-	1 -	5 -	4 -	1 -	-	-
Schwere Körperverletzung mit gewolltem schweren Erfolg (225)	i 1 w -	1 -	-	-	1 -	1 -	-	-	-
Vorsätzliche Körperver- letzung mit Todesfolge (226)	i 7 w 4	5 3	1 1	-	6 4	6 4	-	-	-
Zusammen	i 1389 w 518	928 362	59 23	97 2	1084 387	920 300	86 40	61 34	14 13

+) Von Niedersachsen und Bremen ist die Tabelle nicht nach der Zahl der Opfer aufbereitet worden, insoweit sind die Verurteilten als Täter mit nur einem Kind als Opfer gezählt.

a) Als KZ-Aufseher

Tabelle 35: Wegen Straftaten an Kindern Abgeurteilte und Verurteilte nach der strafbaren Handlung und nach der Zahl der Opfer 1968
Statistisches Bundesamt

Strafbare Handlung (§§ des StGB)	i=insgesamt, w=weiblich	Abgeur- teilte	Erwachse- ne	Verurteilte		Jugend- liche	insge- samt	davon mit				
				Heran- wachsende	1 Kind(er)			2	3-5	6-8	9 od. Opfer+ ¹ /mehr	
Vernachlässigen eines Kindes (170 d)	i	265	187	10	197	-	197	113	31	40	13	-
	w	190	132	10	142	-	142	82	20	29	11	-
Mord (211)	i	23	15	1	19	3	19	18	-	1	-	-
	w	3	2	-	2	-	2	2	-	-	-	-
Totschlag (212)	i	19	10	-	10	-	10	10	-	-	-	-
	w	15	8	-	8	-	8	8	-	-	-	-
Totschlag unter mildern- den Umständen (213)	i	8	8	-	8	-	8	7	1	-	-	-
	w	7	7	-	7	-	7	6	1	-	-	-
Aussetzung (221)	i	8	5	-	5	-	5	4	-	1	-	-
	w	7	4	-	4	-	4	3	-	1	-	-
Fahrlässige Tötung (außer im Straßenver- kehr) (222)	i	98	56	2	58	-	58	57	1	-	-	-
	w	42	21	2	23	-	23	22	1	-	-	-
Leichte Körperver- letzung (223)	i	534	364	27	433	42	433	413	14	4	-	2
	w	95	69	1	71	1	71	68	3	-	-	-
Gefährliche Körperver- letzung (223 a)	i	241	110	12	178	56	178	166	10	1	1	-
	w	43	22	-	25	3	25	24	1	-	-	-
Verletzen der Obhut- spflicht (223 b)	i	284	207	8	215	-	215	190	14	9	2	-
	w	114	80	6	86	-	86	75	6	4	1	-
Schwere Körperver- letzung (224)	i	2	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-
	w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schwere Körperver- letzung mit gewolltem schwerem Erfolg (225)	i	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vorsätzliche Körper- verletzung mit Todes- folge (226)	i	15	11	2	13	-	13	13	-	-	-	-
	w	10	6	2	8	-	8	8	-	-	-	-
Zusammen	i	1497	974	62	1137	101	1137	992	71	56	16	2
	w	526	351	21	376	4	376	298	32	34	12	-

+) Von Niedersachsen ist die Tabelle nicht nach der Zahl der Opfer aufbereitet worden; insoweit sind alle Verurteilten als Täter mit nur einem Kind als Opfer gezählt.

Tabelle 36: Wegen Straftaten an Kindern Abgeurteilte und Verurteilte nach der strafbaren Handlung und nach der Zahl der Opfer 1969
Statistisches Bundesamt

Strafbare Handlung (§§ des StGB)	i=insgesamt, w=weiblich	Abgeur- teilte	Erwachsene	Verurteilte Heranwachsende	Jugendliche	insgesamt	davon mit		
							1 Kind(er)	2 als Opfer ^{*)}	3-5 6-8 9 od. mehr
Vernachlässigen eines Kindes (170 d)		i 244 w 193	164 130	15 12	1 1	180 143	108 85	25 21	41 32
Mord (211)		i 25 w 4	13 2	4 -	4 -	21 2	18 1	2 1	3 -
Totschlag (212)		i 33 w 23	17 12	1 1	1 -	19 13	13 7	4 4	2 2
Totschlag unter mildern- den Umständen (213)		i 7 w 6	7 6	- -	- -	7 6	6 5	1 1	- -
Aussetzung (221)		i 7 w 5	5 3	- -	- -	5 3	3 1	- 1	1 1
Fahrlässige Tötung (außer im Straßenver- kehr) (222)		i 99 w 32	61 17	4 3	2 1	67 21	64 20	2 1	- -
Leichte Körperverletzung (223)		i 570 w 95	380 67	27 1	53 -	460 68	440 64	16 4	- -
Gefährliche Körperver- letzung (223 a)		i 262 w 42	120 27	12 1	67 1	199 29	176 28	14 1	- -
Verletzung der Obhutspflicht (223 b)		i 288 w 112	194 75	4 3	1 1	199 79	180 72	14 6	3 1
Schwere Körperver- letzung (224)		i 3 w -	2 -	- -	1 -	3 -	3 -	- -	- -
Schwere Körperverletzung mit gewolltem schwerem Erfolg (225)		i - w -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Vorsätzliche Körperver- letzung mit Todesfolge (226)		i 16 w 6	16 6	- -	- -	16 6	15 6	1 -	- -
Zusammen		i 1554 w 518	979 345	67 21	130 4	1176 370	1026 289	79 39	62 35

^{*)} Von Schleswig-Holstein ist die Tabelle nicht nach der Zahl der Opfer aufbereitet worden; insoweit sind alle Verurteilten als Täter mit nur einem Kind als Opfer gewährt.

Tabelle 37: Wegen Straftaten an Kindern Abgeurteilte und Verurteilte nach der strafbaren Handlung und nach der Zahl der Opfer 1970
Statistisches Bundesamt

Strafbare Handlung (§§ des StGB)	Abgeur- teilte	Erwachse- ne	Verurteilte		Jugend- liche	insge- samt	davon mit				
			Heran- wachsende	Heran- wachsende			1	2	3-5	6-8	9 od. mehr
i=insgesamt, w=weiblich							Kind(er)	als Opfer	+		
Vernachlässigen eines Kindes (170 d)	i 230 w 171	149 105	10	10	-	159 115	91 62	33 25	31 25	4 3	-
Mord (211)	i 14 w 1	11 1	1	1	-	12 1	11 1	-	1	-	-
Totschlag (212)	i 15 w 9	10 6	-	-	1	11 6	9 5	1 1	1 1	-	-
Totschlag unter mildern- den Umständen (213)	i 14 w 10	14 10	-	-	-	14 10	11 8	2 1	1 1	-	-
Aussetzung (221)	i 5 w 2	4 1	-	-	-	4 1	1 -	-	3 1	-	-
Fahrlässige Tötung (außer im Straßen- verkehr) (222)	i 73 w 27	31 8	8	6	-	39 14	38 13	1 1	-	-	-
Leichte Körperver- letzung (223)	i 515 w 103	338 73	30	2	38	406 78	378 75	24 1	1	3	2
Gefährliche Körper- verletzung (223 a)	i 267 w 35	124 23	15	-	67	206 23	175 20	26 2	2 1	2	1
Verletzung der Obhut- spflicht (223 b)	i 317 w 121	218 80	6	4	-	224 84	199 75	17 6	4 1	3 2	1
Schwere Körperver- letzung (224)	i 2 w -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schwere Körperver- letzung mit gewolltem schwerem Erfolg (225)	i - w -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vorsätzliche Körperver- letzung mit Todesfolge (226)	i 13 w 4	10 3	1	-	1	12 3	12 3	-	-	-	-
Zusammen	i 1465 w 483	909 310	71 22	22	106 3	1087 335	925 262	46 37	44 29	9 5	5

Tabelle 38: Abgeurteilte und Verurteilte nach § 170 d StGB in der Bundesrepublik
 Statistisches Bundesamt ig = insgesamt, w = weiblich

Abgeurteilte		Verurteilte		Alter								
ig. ne	Erwachsene- Jugendliche	ig. strafe lung	Vorbe- Einstel- lung	Frei- spruch	18 - 21	25 - 30	40 - 50	60 -	mehr			
i 333	322	11	89	33	61	9	38	77	81	23	15	-
w 259	249	10	64	23	43	8	34	60	65	20	10	-
i 333	314	19	111	22	48	11	45	75	86	34	9	-
w 254	236	18	75	17	34	10	37	64	65	21	3	-
i 391	380	11	90	40	82	10	57	64	104	30	4	-
w 299	288	11	55	30	54	10	53	50	77	24	1	-
i 393	379	14	107	27	70	12	65	81	95	35	5	1
w 290	276	14	73	19	46	12	58	61	69	21	1	1
i 304	286	18	102	10	61	15	57	57	72	72	3	1
w 232	216	17	71	8	40	14	51	46	52	19	2	-
i 280	267	13	69	27	40	10	43	57	84	14	3	2
w 212	199	13	42	19	27	10	38	45	61	11	1	-
i 300	283	17	92	36	45	11	45	59	69	26	7	-
w 229	212	17	62	27	32	11	40	46	50	18	3	-
i 265	249	16	74	38	28	10	44	53	72	14	3	1
w 190	179	15	42	27	20	10	32	36	56	6	2	-
i 244	223	21	67	36	28	15	42	52	50	19	1	-
w 193	175	18	46	30	20	12	36	40	40	14	-	-
i 230	216	14	62	51	19	10	32	52	55	10	-	-
w 171	157	14	36	40	4	10	26	37	34	8	-	-

Tabelle 39:

Nach allgemeinem Strafrecht Verurteilte nach § 170 d StGB (Erwachsene)
 Statistisches Bundesamt ig = insgesamt, w = weiblich, Dew. = auf Bewährung

Verur- t. insges.	ig	Bew. ig	Gefängnis				- 9 Mon. Bew.	- 9 Mon. Bew.	- 2 J.	- 5 J.	ig	Geldstrafe		Jahrgang
			- 1 Mon. ig	- 1 Mon. Bew.	- 3 Mon. ig	- 3 Mon. Bew.						anstatt	Freih.Str.	
i 229	203	138	55	43	88	61	54	34	3	-	26	20		1961
w 184	165	115	44	36	70	49	48	30	3	-	19	15		
i 249	213	144	48	33	86	60	76	51	3	-	36	33		1962
w 190	169	115	37	27	68	49	61	39	3	-	21	20		
i 259	234	168	55	41	85	64	88	63	3	-	25	25		1963
w 205	187	135	45	33	71	53	66	49	3	-	18	18		
i 282	233	164	53	38	81	66	88	60	10	-	49	47		1964
w 211	184	127	44	33	63	50	67	44	9	-	27	25		
i 217	192	130	44	28	89	73	54	29	4	-	25	23		1965
w 170	154	107	37	23	72	59	42	25	1	-	16	15		
i 203	185	135	45	39	77	59	59	37	3	-	18	17		1966
w 156	142	107	34	30	63	50	41	27	3	-	14	14		
i 206	176	134	43	36	74	54	59	44	2	-	28	22		1967
w 157	138	107	35	31	57	43	44	33	2	-	19	14		
i 187	160	118	21	15	74	57	61	46	1	1	27	26		1968
w 132	115	91	17	13	53	44	44	34	1	-	17	16		
i 164	127	86	18	12	56	42	51	32	2	-	37	20		1969
w 139	103	71	14	9	47	35	41	27	1	-	27	25		
i 149	105	95	5	5	69	53	19	18	11	-	44	unbekannt		1970
w 105	71	66	2	2	50	47	13	12	5	-	24			

Tabelle 40:

Nach allgemeinem Strafrecht Verurteilte nach § 223 b StGB (Erwachsene)
 Statistisches Bundesamt
 ig = insgesamt, w = weiblich,
 a.St.f.Fr.Str. = an Stelle f. Freiheitsstrafe

Verurt.	Zuchthaus				Bew. ig	Gefängnis		Bew. ig	Geldstrafe		Jahr- gang					
	ig	2	3	5 J.		1 M. Bew.	3 M. Bew.		9 M. Bew.	1 J.		2 J.	5 J.	a.St.f. ig		
i 191	3	1	-	2	154	106	18	18	47	35	79	53	7	3	34	18
w 83	1	-	-	1	69	50	11	11	17	14	34	25	6	1	13	9
i 207	2	2	-	-	182	120	15	13	57	47	95	60	9	5	23	6
w 81	2	2	-	-	73	53	6	5	26	21	35	27	5	1	6	2
i 228	4	3	1	-	191	123	14	10	53	45	105	68	14	3	33	15
w 99	1	1	-	-	91	63	10	7	21	18	51	38	6	2	7	2
i 277	7	3	2	2	240	157	19	14	82	62	116	81	5	15	30	5
w 115	2	-	1	1	104	81	9	7	32	29	55	45	1	5	9	2
i 242	3	-	3	-	210	140	15	13	65	51	112	76	9	7	29	7
w 90	3	-	3	-	80	60	8	8	25	22	39	30	5	2	7	1
i 254	3	2	-	1	216	139	7	5	73	58	117	76	10	9	35	2
w 98	2	1	-	1	87	54	2	1	23	17	54	36	5	3	9	1
i 246	1	-	-	1	219	146	10	6	76	63	114	77	9	8	26	8
w 88	-	-	-	-	78	59	1	1	29	27	41	31	3	3	10	2
i 245	2	-	-	2	222	147	16	12	80	65	111	70	6	7	21	6
w 89	1	-	-	1	86	68	7	5	29	25	47	38	1	1	2	1
i 254	3	-	-	3	196	142	9	6	56	47	116	99	8	6	55	15
w 89	-	-	-	-	76	59	3	3	24	20	43	36	2	3	13	7
i 272	-	-	-	-	182	146	3	3	73	63	69	61	24	10	30	+
w 100	-	-	-	-	76	66	1	1	33	32	28	24	10	4	24	+

+ = nicht bekannt

Tabelle 41: Abgeurteilte und Verurteilte nach § 223 b des StGB in der BRD
ig = insgesamt, w = weiblich

	Abgeurteilte			Verurteilte			Freispr.	Alter						Jahr- gang	
	insges.	Erw.	Heranw.	insges.	vorb.	Einst.		18 - 21	25 - 30	40 - 50	60 - x				
i	264	259	5	196	67	15	50	4	39	52	70	22	5	3	1961
w	112	110	2	85	14	7	20	2	14	29	32	8	-	-	
i	313	297	16	218	104	23	71	11	47	67	74	17	6	3	1962
w	127	121	6	86	28	12	28	5	20	24	27	12	2	1	
i	320	313	7	234	100	15	70	6	48	73	75	16	15	1	1963
w	133	130	3	102	31	4	27	3	19	39	31	8	2	-	
i	396	388	8	284	133	33	78	7	59	80	96	31	9	2	1964
w	167	163	4	118	34	11	37	3	28	30	37	10	2	-	
i	347	339	8	249	112	33	65	7	51	66	94	26	8	2	1965
w	142	137	5	94	29	14	34	4	15	32	34	6	3	-	
i	345	330	15	267	130	21	57	13	46	80	101	17	8	2	1966
w	129	125	4	101	38	4	24	3	25	38	28	6	-	1	
i	341	332	9	254	137	27	59	8	38	72	104	20	8	4	1967
w	131	124	7	94	30	11	25	6	16	31	33	6	1	1	
i	350	339	11	254	125	28	67	9	42	71	90	28	7	7	1968
w	135	127	8	96	27	9	30	7	17	24	29	12	3	4	
i	384	373	11	260	139	45	76	5	51	73	99	24	7	-	1969
w	139	131	8	94	33	18	27	4	20	25	36	7	1	-	
i	397	389	8	279	137	64	54	7	42	79	120	27	2	2	1970
w	152	146	6	105	29	24	23	5	19	29	44	6	1	1	

1
3
1

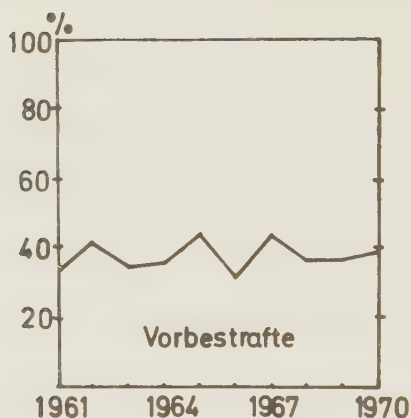


Tabelle 42: Verurteilte nach § 170 d, von 1961-1970
 Verurteilte $\bar{x} = 226$, Vorbestrafte $\bar{x} = 86$,
 Verurteilte mit Bewährung $\bar{x} = 131$
 (Statistisches Bundesamt)

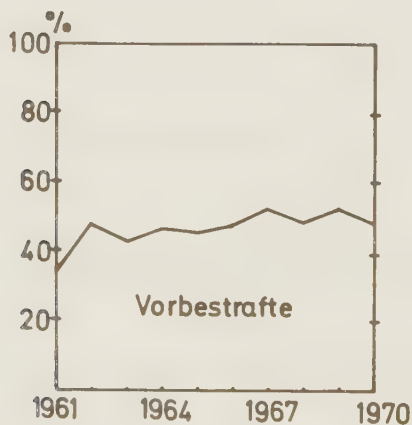


Tabelle 43: Verurteilte nach § 223 b, von 1961-1970
 Verurteilte $\bar{x} = 260$, Vorbestrafte $\bar{x} = 118$,
 Verurteilte mit Bewährung $\bar{x} = 137$
 (Statistisches Bundesamt)

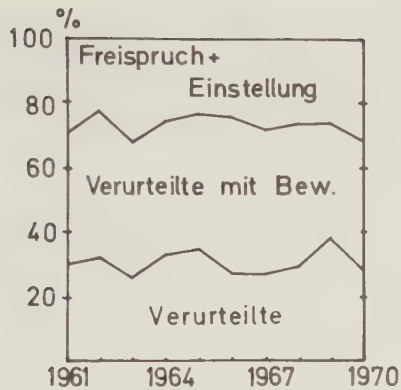


Tabelle 44:

Abgeurteilte nach § 170 d von 1961-1970
 $\bar{x} = 307$, Verurteilte ohne Bewährung $\bar{x} = 95$
 Verurteilte mit Bewährung $\bar{x} = 131$
 Freispruch und Einstellung $\bar{x} = 81$
 (Statistisches Bundesamt)

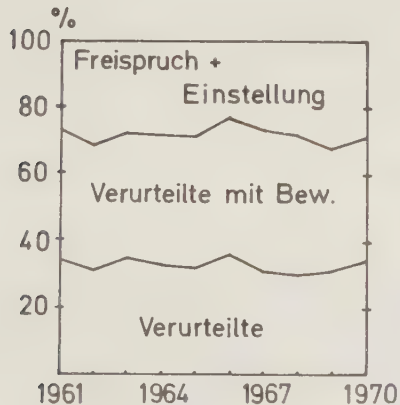


Tabelle 45:

Abgeurteilte nach § 223 b von 1961-1970
 $\bar{x} = 356$, Verurteilte ohne Bewährung $\bar{x} = 123$
 Verurteilte mit Bewährung $\bar{x} = 137$
 Freispruch und Einstellung $\bar{x} = 96$
 (Statistisches Bundesamt)

In unserer Untersuchung fanden sich 9 Väter und 8 Mütter, die vorbestraft waren. 5 Eltern davon einschlägig. Allgemein wird behauptet, daß die männlichen Täter häufiger vorbestraft seien (NAU, TRUBE-BECKER, KÖTTGEN). Dies ist auch bei den Fällen von Mißhandlung nach § 223 b StGB der Fall. Danach waren in der BRD von 1960 - 1970 58 % der männlichen und 35 % der weiblichen Verurteilten vorbestraft. Beim § 170 d StGB (Vernachlässigung) bestand ein umgekehrtes Verhältnis. Absolut gerechnet waren 47 % beim § 223 b StGB vorbestraft, 38 % bei § 170 d StGB. SCHLEYER, MENDE und KIRSCH fanden unter ihren Fällen 50 %, NAU 61,5 % männliche Vorbestrafte, MENDE und KIRSCH 28 % und NAU 24 % weibliche Vorbestrafte. Leider findet man keine Aussage, wie häufig die Täter einschlägig vorbestraft waren. NAU berichtet von 20 % und WILLE stellt fest, daß 30 % wegen Körperverletzung vorbestraft waren. MENDE und KIRSCH konnten noch eine interessante Beobachtung machen, denn die Rate der Vorbestraften lag bei den Gemeinschaftstätern signifikant höher als bei den Einzeltätern: bei den Männern 56 % zu 35 %, bei den Frauen 43 % zu 27 %.

Wie unheilvoll sich eine lieblose Erziehung mit Prügel und Verwahrlosung auf Kinder auswirkt, haben die Untersuchungen von GLUECK und GLUECK bewiesen. "Von den Jungen, die von ihrer Mutter nicht geliebt wurden, gehörten 86,2 % zur kriminellen Gruppe und nur 13,8 % zu den Nichtkriminellen" (LAUSCH).

Liest man die nur spärlichen Berichte über die Jugend der Täter, so stößt man sehr häufig auf ein Mißhandlungsmilieu. Das wird auch von NAU, NIX, KEMPE, HARTUNG und anderen bestätigt. NAU konnte "diese Form der Gewaltdelikte ... durch drei Generationen in einzelnen Familien verfolgen". Auch SILVER und Mitarbeiter kommen zu dem Schluß: "Violence does appear to breed violence".

Betrachtet man die Schullaufbahn der Täter, so fällt auf, daß sie im Vergleich zur BRD unter dem Durchschnitt liegen. HARTUNG, NAU und WILLE berichten übereinstimmend von 20 %

minderbegabten bis schwachsinnigen, wobei das Niveau der Männer tiefer liegt. In der Mainzer Untersuchung kamen immerhin drei bis zur mittleren Reife, einer bestand das Abitur.

Aus den USA werden völlig andere Ergebnisse gemeldet. So veröffentlichte GIL in seiner NORC-Studie eine 27 %ige Beteiligung von Tätern mit "High school graduate". STEELE et al. fanden bei einer psychologischen Testung der Täter einen IQ zwischen 73 und 130 mit einem Durchschnitt von 90 bis 110, also vollkommen normale Werte. Die Ergebnisse von MENDE und KIRSCH über die Schulbildung mißhandelter Kinder werden in einer vergleichenden Tabelle dem Bundesdurchschnitt gegenübergestellt.

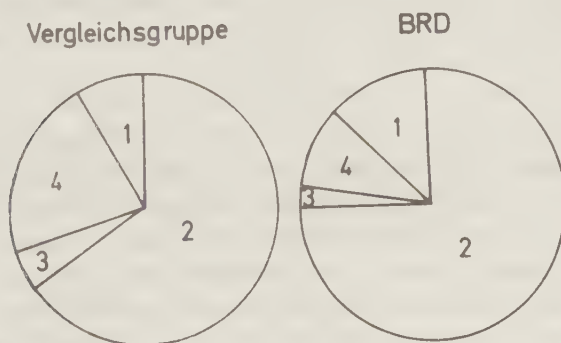


Abbildung 46: Schulbildung in der BRD und einer Vergleichsgruppe von Mißhandlungstätern nach MENDE und KIRSCH

- 1: haben das Gymnasium meist bis zur Mittleren Reife besucht, 8,24 %
Bundesstatistik 1964: 12,5 %
- 2: haben eine abgeschlossene Volksschul-
ausbildung, 66,0 %
Bundesstatistik 1964: 74,19 %
- 3: haben die Sonderschule besucht, 4,12 %
Bundesstatistik 1964: 2,4 %
- 4: haben nicht die Abschlußklasse der Volksschule erreicht, 21,7 %
keine Vergleichszahl in der Bundesstatistik

Es kommt zum Ausdruck, daß der Durchschnitt nach unten verschoben ist. Die Zahl der Sonderschüler und Volksschüler ohne Abschluß ist doppelt so groß wie normal, die Zahl der Schüler mit Abschluß deutlich geringer. Bei der Mainzer Untersuchung kann man aufgrund der geringen Angaben keine Aussage machen.

Den Einfluß des Alkohols auf die Mißhandlung bestreitet niemand, nur werden unterschiedliche Zahlen genannt. So sprechen MENDE und KIRSCH von 10 %, WILLE von 20 %, ARLT von 40 % und HARTUNG sogar von 50 % Alkoholikern unter den Tätern. Dabei überwiegen die männlichen Täter unter den Alkoholikern. NAU fand 1961 33 % männliche und 17 % weibliche Alkoholiker, aber bei einer weiteren Untersuchung fünf Jahre später unter den Männern 57 % und den Frauen 42 %. Hieraus einen Anstieg der Alkoholiker unter den Tätern abzuleiten, wäre aber voreilig und verfrüht. Immerhin standen aber 1966 nach der Untersuchung von NAU 44 % der Männer und 23 % der Frauen zur Tatzeit der Kindesmißhandlung unter Alkoholeinfluß.

Über die Täterpersönlichkeit gibt es einerseits keine Meinungsverschiedenheiten. Es handelt sich um explosive, unreife, leicht erregbare, unbeherrschte, hypersensitive, egozentrische, wenig opferbereite und sexuell triebhafte Täter (HARTUNG, HETZER, KÖTTGEN, KEMPE, NAU, NIEDERMEIER, SCHLEYER, STAAK, WILLE). Nur gibt es keine Einigkeit darüber, wie eine Typeneinteilung vorgenommen werden soll. So schlug SCHLEYER folgende Einteilung vor:

- "a) Gewalttätige Primitive einschl. reizbarer Psychopathen, Trinker und Asozialer im weiteren Sinn".
- "b) Systematische Quäler (einschl. der "Gemütskalten")".
- "c) Affekttäter".
- "d) Debile und Induzierte",
- "e) Äußerlich Unauffällige und nicht Einzuordnende".

Schon an der Vielfalt der Einteilung zeigt sich, daß eine Typisierung nach der Persönlichkeit bisher nicht möglich war. Man muß also versuchen, die Täter aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Es bietet sich dabei die Einstellung der Täter zum Opfer an. Aus dieser Situation heraus ist die einfache Einteilung möglich, wie BÜHRDEL, STAAK und WILLE gezeigt haben. Sie brachten den indolenten und den ambivalenten Typ in die Diskussion und bewiesen an ihren Untersuchungen die Vorzüge dieser Einteilung.

Zu den Indolenten zählen antriebsarme, haltlose, triebhafte und schwachsinnige Täter, zu den Ambivalenten unterdurchschnittlich intelligente, reizbare, affektlabile, selbstunsichere, ressentimentgeladene Täter mit primitiv-brutalen Zügen (WILLE, STAAK).

Diese Zweiereinteilung bewährt sich auch bei der Diskussion um die Prognose des Delikts.

Gleichzeitig mit der Beobachtung, daß unter den Tätern immer mehr leibliche Eltern zu finden sind, nimmt auch die Zahl der ehelichen Kinder unter den Opfern zu. TRUBE-BECKER fand 1968 ca. 3/4 eheliche und 1/4 uneheliche Kinder. In unserer Untersuchung waren 2/3 der Opfer ehelich. MENDE und KIRSCH fanden zwar nur 61 %, wenn man aber von den unehelich geborenen die abzieht, die nachträglich durch die Ehe der Eltern legitimiert wurden, so nähert man sich auch hier der 75 % Grenze.

Trotzdem liegt der Prozentsatz unehelicher mißhandelter Kinder weit über dem Durchschnitt unehelicher Kinder allgemein (sogar in München nur 12,44 % im Jahre 1964) (MENDE und KIRSCH). Betrachtet man die Kinderzahl der Familien in denen Mißhandlungen bekannt wurden und vergleicht sie mit der Bundesdeutschen Durchschnittsfamilie, so fällt auf, daß sie viel höher liegt. In der Mainzer Untersuchung kommt man auf einen Durchschnitt von 4,1 Kinder, BÜHRDEL sogar auf 5. Der Bundesdeutsche Durchschnitt lag 1961 bei 1,8 Kindern pro Familie (MENDE und KIRSCH). Bei der getrennten Untersuchung von Miß-

handlung und Vernachlässigung fällt auf, daß die kinderreichen Familien häufiger Vernachlässigungen aufweisen als Mißhandlungen, bei denen die Kinderzahl nur gering über dem Durchschnitt liegt.

Bei der Geschwisterverteilung der Opfer gibt es zwei Gipfel. Der eine liegt bei niedriger Geschwisterzahl, der andere bei sehr hoher. Der erste Gipfel läßt sich erklären durch die anfänglichen Anpassungsschwierigkeiten der Eltern an ein Kind und ihre erzieherische Unerfahrenheit oder Unfähigkeit; diese Kinder werden häufiger mißhandelt. Die folgenden Kinder sind dagegen häufiger von einer Vernachlässigung bedroht (BÜHRDEL), was durch wachsende Indolenz und Resignation erklärt werden kann.

In der Untersuchung von ARLT fanden sich 12 % jüngste und 40 % älteste Kinder, MENDE und KIRSCH gaben ein Verhältnis von 19 % zu 50 % an. NIEDERMEIER spricht in diesem Zusammenhang von der Omegastellung der jüngsten Kinder. Insgesamt gesehen sind die ersten und letzten Kinder mehr gefährdet als die mittleren. Bei den Angaben über den Sozialstatus der einzelnen Familien führen in den deutschen Untersuchungen Täter aus der Unterschicht absolut. (MENDE und KIRSCH, NIEDERMEIER, SCHLEYER, TRUBE-BECKER).

KÖTTGEN sagt: "Man würde sich täuschen, wenn man glaubte, sozial höherstehende Schichten seien gegen die genannten Delikte gefeit. Seien wir uns darüber im klaren, daß in einer gehobenen Position auch eine Vertuschung viel leichter möglich ist. Berichte gerade über Fälle aus solchen Kreisen erschrecken durch das kalte Raffinement ...". Die widersprüchlichen Berichte über völlig verwahrloste und das andere Mal über vollkommen unauffällige Verhältnisse lassen uns wieder auf die Typeneinteilung der Täter zurückkommen. Im großen und ganzen stammen die indolenten Täter eher aus trostlosen und verwahrlosten Familien. Daß bei den anderen zu Hause scheinbar alles in Ordnung ist, erschwert für die Fürsorge und das Jugendamt oft die Herausnahme eines mißhandelten Kindes aus der Familie. Diese ambivalenten Täter haben einerseits ein gutes und herzliches Verhältnis zu ihren

Kindern, schlagen aber in Erregungszuständen häufig unherrscht zu. Unter diesen Tätern sind alle Bevölkerungsschichten zu finden. So schreiben HELFER und POLLACK: "All socioeconomic levels are represented and most of the parents appear to be welladjusted members of their community".

Die Gründe für die Affektausbrüche sind oft finanzielle, wohnräumliche Schwierigkeiten und Konflikte zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, denen die Täter auf die Dauer psychisch nicht gewachsen sind. ARLT schreibt, daß 47 % der Mütter nervlich überlastet sind.

In der Mainzer Untersuchung über die Situation in den 70 Familien wurde 12 mal von häufigem Ehestreit berichtet, 9 mal blieb es nicht bei der Mißhandlung der Kinder, die Ehefrau wurde mitgeprügelt. Vier Mütter und ein Vater versuchten z.T. mehrmals sich das Leben zu nehmen. 9 Mißhandlungen ereigneten sich während einer erneuten Schwangerschaft.

Nach MENDE und KIRSCH ließen sich von den untersuchten Ehepaaren 25 % scheiden. In der BRD kamen auf 1.000 Ehen nur knapp 4 Scheidungen (MENDE, KIRSCH). EBBIN fand heraus, daß 70 % der mißhandelten Kinder aus getrennten Ehen kamen.

KEMPE schreibt über den psychologischen Aspekt der Kindesmißhandlung: "Psychiatric knowledge pertaining to the problem of the battered child is meager, and the literature on the subject is almost non-existent".

Einige abnorme Verhaltensweisen von vernachlässigten und mißhandelten Kindern werden immer wieder genannt: Starke Angst, auffällige Schüchternheit, Schlafstörungen, Einnässen, Einkoten und Kontaktstörungen (DÖMER, KÖTTGEN, KIRSCH, MENDE, SCHALLENBERG, SCHLEYER).

Testet man den Entwicklungs- und Intelligenzzustand dieser Kinder, so zeigen auch verschiedenste Ermittlungen annähernd die gleichen Ergebnisse: MORSE et al. berichten von "43 % of mental retardation", MENDE und KIRSCH fanden 46 %, ELMER

und GREGG 50 %.

Auch bis heute ist man über die weiterführenden Forschungsergebnisse über die psychischen Auswirkungen bei Kindesmißhandlungen, die HETZER (1936) veröffentlichte, nicht hinausgekommen. Sie stellte fünf immer wiederkehrende seelische Mißhandlungsspuren fest:

1. Das Schuldgefühl
2. Eine alles umfassende Vertrauenslosigkeit
3. Erschütterung des seelischen Gleichgewichts
4. Erziehungsschwierigkeiten
5. Erzwungenes Schweigen und Lügen in Zusammenhang mit den Mißhandlungen.

Es ist einleuchtend, daß die diskutierten Schäden nicht nur allein Folgen von vorausgegangenen Mißhandlungen zu sein brauchen und in der Regel auch nicht sind. Die Veranlagung des Kindes, das gesamte Milieu, die dort vollzogene Erziehung, der Krankenhaus- bzw. Heimaufenthalt, haben das Kind insgesamt so beeinflußt, daß man nur behaupten kann, die Mißhandlung oder Vernachlässigung sei ein Symptom für weitere Mißstände und habe sich als Komplex auf die geistige und seelische Entwicklung ausgewirkt.

Aufgrund dieser Erkenntnis muß man übergeordnete Begriffe suchen, um dem von verschiedener Seite beeinflußten Krankheitsbild gerecht zu werden. Dazu bieten sich Begriffe an wie Verwahrlosung, Verkümmierung (KÖTTGEN), Bindungslosigkeit (DESTUNIS), und Deprivation (BOWLBY/HELLBRÜGGE).

Die Forschungsergebnisse aus diesem Komplex entstammen dem Gebiet des Hospitalismus, des Schadens durch mehr oder weniger langen Aufenthalt in Institutionen wie Krankenhaus, Kinder- bzw. Säuglingsheim. SPITZ, BOWLBY, GOLDFARB und PFAUNDLER führten die massiven Schäden (hohe Mortalität bis zu über 30 % trotz ausreichender körperlicher Pflege, außerordentlich große körperliche und geistige Entwicklungsrückstände,

emotionale Verflachung und gestörtes Sozialverhalten) auf die Trennung von Mutter und Kind zurück und folgerten daraus einen Schaden aufgrund fehlender affektiver Zuwendung.

Die Untersuchungen des Deprivationssyndroms erwuchsen aus diesen Erkenntnissen. GLASER teilt die Auswirkungen der Maternal Deprivation in drei Gruppen auf:

1. Die körperlichen,
2. die geistigen und
3. die emotionalen Folgen.

Es ist inzwischen deutlich geworden, daß eine Deprivation auch dann vorliegen kann, wenn das Kind zu Hause zu wenig affektive Zuwendung erfährt. SPITZ gibt eine Einteilung der kindlichen Reaktionen auf verschiedene emotionale Fehleinstellungen der Mütter:

	Ätiologischer Faktor, Einstellung der Mutter	Krankheit des Säuglings
Psycho- toxizi- tät = Qualität	Primäre unverhüllte Ablehnung	Koma des Neugeborenen (RIBBLE)
	Primäre ängstliche, übertriebene Besorgnis	Dreimonatskolik
	Feindseligkeit in Form von Ängstlichkeit	Neurodermatitis des Säuglings
	Kurzschlängiges Oszil- lieren zwischen Verwöh- nung und Feindseligkeit	Hypermotilität (Schaukeln)
	Zyklische Stimmungsver- schiebungen	Koprophagie
Mangel- erschei- nungen = Quanti- tät	Bewußt kompensierte Feindseligkeit	Aggressiver Hyper- thymiker (BOWLBY)
	Partieller Entzug affektiver Zufuhr	Anaklitische Depression
	Völliger Entzug affektiver Zufuhr	Marasmus

Tabelle 47: Ätiologische Klassifizierung von psychogenen Erkrankungen im Säuglingsalter entsprechend den Einstellungen der Mutter (SPITZ).

Bei der Diskussion der Rückgliederung der Kinder in die Familie, ist die Eltern-Kind-Beziehung von besonderer Bedeutung. Dabei müssen die mißglückten Rückgliederungsversuche in die Familie stärker als bisher berücksichtigt werden.

BONN berichtete von 22 Fällen, 8 mal scheiterte eine Rückgliederung, NIX hat 57 Fälle bearbeitet, davon gelangen bei 39 Kindern die Rück- bzw. Eingliederungen nicht, MENDE und KIRSCH berichten von 30 % Fehlschlägen, HETZER verfolgte 60 Rückgliederungen, nur fünf glückten. HETZER schreibt: "Die Rückgliederung kann nur gelingen, wenn die innere Familienlage sich verändert hat, die Eltern zu einer Änderung ihres Verhaltens und ihrer Einstellung fähig sind ... Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse und der ehelichen Beziehungen, gute Behandlung der anderen Kinder, Gutgeartetheit des einzugliedernden Kindes, günstig verlaufende Besuche des Kindes zu Hause sind keine sicheren Anzeichen dafür, daß die Rückgliederung gelingen wird ... Die Eltern selbst sind nicht in der Lage zu beurteilen, wie schwierig die Rückgliederung ist und wieweit sie selbst diesen Schwierigkeiten gewachsen sind." (HETZER)

MENDE und KIRSCH berichten, daß nur sehr selten auf eine Rückführung des Kindes von seiten des Jugendamtes hingearbeitet wird, von einer Begründung für eine solche ganz zu schweigen.

Wenn in einem Fall diskutiert wird, ob das Kind in ein Heim oder zurück zu den Eltern soll, so ist die erste Aufgabe, festzustellen, wie die Prognose ist.

Gehören die Eltern nach der Einteilung von WILLE und STAAK zum indolenten Typ, so genügen häufige Kontrollen der Familien; gehören die Eltern zum ambivalenten Typ so muß man oft eine Herausnahme der Kinder aus der Familie anstreben. Dabei muß berücksichtigt werden, daß eine Trennung des Kindes von den Eltern vom sechsten Monat bis zum dritten Lebensjahr für die Entwicklung der Persönlichkeit am folgenschwersten ist (GLASER, OETER, DÜHRSEN, YARROW, MEVES, SIMONSEN).

Wenn ein Kind für längere Zeit oder für immer von der Familie fern bleiben muß, sollte man sich rechtzeitig um eine Eingliederung in eine neue Familie bemühen, damit es nicht zu den o.g. Heimschäden (DÜHRSEN) kommt. Natürlich benötigen auch diese Pflege- bzw. Adoptiveltern eine gezielte sozialfürsorgerische Betreuung um weiteren Schäden vorzubeugen und diese Eltern in ihrer Gutwilligkeit und Opferbereitschaft nicht zu enttäuschen und zu überfordern. Wenn man die Erziehungspraktiken in der BRD untersucht, kommt man mit HÄVERNUCK zu der Erkenntnis, daß ca. 80 % der Eltern Schläge als adäquates Mittel der Strafe akzeptieren. Bei seiner Suche nach dem "Normalen" im Rahmen der Familiensitte findet er, "daß Schläge als Strafe für Jugendliche im Rahmen des Familienrechts ein Stück lebendiger Sitte sind".

Wie sehr dieses Züchtigungsrecht noch im Bewußtsein der Eltern verankert ist, und wie unsicher die Justiz sich bei der Abgrenzung von noch erlaubter zu verbotener Züchtigung verhält, zeigen deutlich, wie schwierig diese Probleme anzugehen und zu lösen sind.

Noch immer gibt es vier Bundesländer, in denen die Prügelstrafe in der Schule, wenn auch nur in Ausnahmefällen, aber doch, geduldet wird (Baden-Württemberg, Niedersachsen, Saarland, Hamburg); und in drei weiteren wurde sie erst 1970 abgeschafft (Bremen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein).

Wie sehr sich der Gebrauch der Prügel in der Schule eingebürgert hatte, zeigt sich am Besten an dem Geständnis so mancher Erwachsener, die zugeben, daß ihnen das Wissen "eingebleut" worden sei.

Wie wenig nützlich aber die Prügel ist, haben WALTERS und PARKE in ihrer Übersichtsarbeit über diesen Fragenkomplex gezeigt. Auch FREUD, HARBAUER, SCHMIDEBERG, WOLFHEIM und ZULLINGER stellten übereinstimmend fest, daß die schädlichen Folgen den Nutzen bei weitem überwogen.

Bei einer Untersuchung von DIRX, die Kindern die Frage vorlegte: "Würdest Du Deine Kinder genauso erziehen, wie Du erzogen worden bist?" antworteten 80 % aller Kinder mit "Nein".

Auf die Frage: "Was bewirkt man nun mit Schläge?" gaben die Kinder folgende Antworten: "Nichts!", "Man wird dann noch böser!", "Man bekommt Angst und verschweigt alles vor den Eltern!".

Von der Ärzteschaft sprach man sich erst auf dem 74. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden 1971 öffentlich für einen straffreien Durchbruch des ärztlichen Berufsgeheimnisses aus, wenn dadurch im Zusammenhang mit einer Kindesmißhandlung ein höheres Rechtsgut geschützt werde. KOHLHAAS hat sich mit diesem Fragenkomplex ausführlich befaßt und kommt zu der Überzeugung, daß der Arzt zwar nicht der 'Sklave des Gesetzes' sei, aber eine Anzeige trotzdem eine Ausnahme bleiben sollte. Er greift auch einen Vorschlag von JANSSEN auf, der uns sehr wichtig erscheint und eingehender diskutiert werden sollte: "Für Fälle mit drohender Wiederholung von Kindesmißhandlung wird die Einführung einer Meldepflicht aus 'fürsorgerischen Gründen', gem. § 3 Abs. 3 des Gesetzes über die Fürsorge für Körperbehinderte vom 27.2.1957, an die Gesundheitsbehörde in Erwägung gezogen".

In den USA und der DDR ist die Kindesmißhandlung und Vernachlässigung anzeigepflichtig, in der DDR sogar schon der Verdacht.

Obwohl man in der BRD als Einwand immer anführt, daß dadurch viele Eltern dann überhaupt nicht mehr zum Arzt kämen, haben sich diese Behauptungen in diesen beiden Ländern bisher nicht objektivieren lassen. Bundesjustizminister Jahn gab im Bundestag am 27.11.1970 zu dem Problem folgende Antwort: "Die gesetzliche Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht, die die Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten darstellt, kann nur dann in Erwägung gezogen werden, wenn das bedrohte Rechtsgut der

Unversehrtheit von Minderjährigen anders nicht geschützt werden kann. Ob diese Voraussetzung hier gegeben ist, kann zur Zeit noch nicht abschließend beurteilt werden. Nach den Erfahrungen der Praxis ist nicht auszuschließen, daß die generelle Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht in diesen Fällen und erst recht die Einführung einer Meldepflicht eher zu einer Verschlechterung der Lage der bedrohten Kinder führt. Sorgeberechtigte, die heute im Vertrauen auf das Schweigen des Arztes das mißhandelte Kind noch ärztlich behandeln lassen, könnten künftig davon Abstand nehmen, wenn ihnen daraus mit großer Wahrscheinlichkeit ein Strafverfahren erwachsen würde. Solange in dieser Hinsicht nicht Klarheit herrscht, erscheint die Beibehaltung der gegenwärtigen Rechtslage richtiger, nach der die Durchbrechung der Schweigepflicht im Einzelfall eine Angelegenheit der pflichtgemäßen Abwägung des Arztes ist." (JAHN)

Abschließend sei mit WILLE festgestellt, daß die Kindesmißhandlung eine 'Sozialkrankheit' ist, die sich also auch mit medizinischen Mitteln allein nicht behandeln läßt.

Die wichtigste Aufgabe ist die Umerziehung der Gesellschaft und hier speziell der Eltern. MEISSNER schreibt: "Kindesmißhandlungen in nennenswertem Umfang verhüten zu wollen hieße nicht weniger, als neue Eltern, neue Erzieher, einen neuen Menschen und eine neue soziale Ordnung zu schaffen. Hieße nichts weniger als die Welt zu verändern".

Es geht nicht um eine straffreie sondern um eine prügelfreie Erziehung. Denn den Eltern muß deutlich gemacht werden, daß Prügel kein geeignetes Erziehungsmittel ist (HARTUNG). In Schweden erwägt man sogar, den Eltern das Prügeln ihrer Kinder unter Strafandrohung zu verbieten (HARTUNG).

Wir befürworten:

1. Information junger Menschen in Schulen und Weiterbildung über Familienplanung, Verantwortung und Aufgaben einer Familie und Erziehungsfragen.

2. Unterstützung und Bekenntnis für eine gewaltlose Erziehung in Familie, Schule und am Arbeitsplatz.
3. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen für alle Kinder.
4. Verbesserung der sozialfürsorgerischen Betreuung von Risikofamilien.
5. Ausbau von Erziehungsberatungsstellen.
6. Verbesserung der finanziellen und personalen Ausstattung der Jugendämter.
7. Verpflichtung des Arztes zur Aufklärung des Verdachts bei Kindesmißhandlungen und Vernachlässigungen in Praxis und Klinik.
8. Anlegen einer Kartei in den Kinderkliniken von Fällen, wo eine Kindesmißhandlung angenommen oder bewiesen wurde, unter der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht.
9. Rasche und unbürokratische Behandlung der Fälle von Kindesmißhandlung durch bessere Koordinierung der Zusammenarbeit von behandelnden Behörden wie Krankenhaus, Jugendamt, Fürsorge, Schule, Kindergarten und Kinderheimen.
10. Ständige Information der Bevölkerung über diese Probleme durch die Massenmedien.
11. Fachliche Information über das Problem der Kindesmißhandlung im Unterricht der Sozialschulen und Hochschulen.
12. Unterstützung des Deutschen Kinderschutz Bundes bei seiner Arbeit.

4. ZUSAMMENFASSUNG

Von den 73 mißhandelten und vernachlässigten Kindern der Universitätskinderklinik und dem Institut für Rechtsmedizin in Mainz von 1960 bis 1970 konnten 15 medizinisch (klinisch, EEG) und 13 psychologisch (DENVER Developmental Screening Test, MANN Zeichen Test, KOCH Baum Test, KRAMER Intelligenz Test, Children Apperception Test, eigener Fragebogen) nachuntersucht werden, um die Effektivität der getroffenen Maßnahmen zu prüfen. Zur Verfügung standen außerdem Krankenblätter, Sektionsprotokolle, Todesermittlungsakten, Gerichtsakten und Berichte von Kinderheimen und vom Jugendamt. 45 Kinder starben an den Folgen der Mißhandlung bzw. Vernachlässigung. Es wurden sieben Kinder getestet, die in das häusliche Milieu entlassen und acht Kinder, die in ein Heim eingeliefert worden waren. Die Entwicklung von mißhandelten Kindern wird an Hand eines Modells diskutiert. Obwohl die Heimkinder schlechtere Ergebnisse vorwiesen (Verhaltensstörungen, Kontaktstörungen, IQ), darf sehr wahrscheinlich für diese Mängel nicht allein die Heimsituation verantwortlich gemacht werden. Aufgrund der großen Wiederholungsgefahr und der hohen Todesrate werden allgemeine Maßnahmen empfohlen zur besseren Sicherheit der Kinder vor Mißhandlung und Vernachlässigung.

5. LITERATURVERZEICHNIS

BAUER, G.

Die Mißhandlung von Kindern aus kriminologischer Sicht.
Deutscher Kinderschutzbund, Hamburg, 1968

BAUER, G.

Die Kindesmißhandlung.
Lübeck 1969

BECKER, W.

Kindesmißhandlung und ärztliche Schweigepflicht.
Med. Klin. 66 (1971) 209-212

BELLAK, L.

Children Apperception Test.
Göttingen 1949

BERGEMANN, C.

Heilbare Kindermißhandlungsfälle.
Z. Kinderforschung 47 (1938) 157-168

BONN, R.

Gerichtsmedizinische Beobachtungen bei Kindesmißhandlungen.
Med. Diss., Münster 1963

BOWLBY, J.

Maternal Care and Mental Health.
W H O Monographie 2 (1951)

BÜHRDEL, P.

Das Vernachlässigungssyndrom beim Kind.
Dtsch. Gesundh.-Wes. 25 (1970) 1352-1354

CAFFEY, J.

Multiple Fractures in the Long Bones of Infants suffering from chronical subdural Hematoma.

Amer. J. Roentgenol. 56 (1946) 163-171

CAFFEY, J.

Significance of the History in the Diagnosis of traumatic Injury to Children.

J. Pediat. 67 (1963) 1008-1014

CASPER, J.L., C. LIMAN

Handbuch der Gerichtlichen Medizin, 7. Aufl.

Berlin 1881, 285-373

COHEN, M.I. et al.

Psychologic Aspects of the Maltreatment Syndrome of Childhood.

J. Pediat. 69 (1966) 279-284

CUELI, L.F., F. BONNET

Gerichtsmedizinische Studie über Mißhandlungen von Kindern.

Ref. in Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 31 (1939) 494-499

DAMBORSKA, M.

Zur Frage der optimalen Organisation von Säuglingsheimen bei der Bekämpfung des Deprivations-Syndroms.

in: Das Deprivations-Syndrom in Prognose, Diagnose und Therapie. Hrsg.: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt/M 1970, 71-81

DAMBORSKA, M.

Zur Symptomatik des Deprivations-Syndroms.

in: Das Deprivations-Syndrom in Prognose, Diagnose und Therapie. Hrsg.: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt/M 1970, 60-70

DESTUNIS, G.

Die Schwererziehbarkeit und die Neurosen des Kindesalters.

Stuttgart 1961

DIRX, R.

Schulfunk: Elternschule

Saarländischer Rundfunk, masch. schr. vervielf. 3.5.72

DOCUMENTA GEIGY

Wissenschaftliche Tabellen, 6. Aufl.

Basel 1962

DÖMER, H.

Kindesmißhandlungen in rechtlicher und sozialer Beziehung.

Jur. Diss. Düsseldorf 1936

DÜHRSEN, A.

Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung.

Göttingen, 1958

EBBIN, A.J. et al.

Battered Child Syndrome at the Los Angeles County General Hospital.

Amer. J. Dis. Child. 118 (1969) 660-667

ELMER, E., G. GREGG

Developmental Characteristics of abused Children.

Pediatrics 40 (1967) 596-602

FALK, V., M. MARESC

Klinisch-pädiatrische und forensische Aspekte der Kindesmißhandlungen.

M Schr. Kinderheilk. 115 (1967) 196-207

FONTANA, V.J.

The maltreated Child.

Springfield, 1964

FONTANA, V.J.

Recognition of Maltreatment and Prevention of the Battered Child Syndrome.

Pediatrics 38 (1966) 1078

FONTANA, V.J.

Factores needed for Prevention of Child Abuse and Neglect.
Pediatrics 46 (1970) 318-319

FRANKENBURG, W.K., J.B. DODDS

Denver Developmental Screening Test.
J. Pediat., Colorado, 1967

FREUD, S.

Ein Kind wird geschlagen.
Frankfurt/M., 1965

GIL, D.G.

Incidence of Child Abuse and Demographic Characteristics
of Persons Involved.
in: The Battered Child. Hrsg. R. HELFER, C.H. KEMPE
Chicago, London, 1968, 19-40

GLASER, K.

Maternal Deprivation.
Pediatrics 18 (1956) 624-642

GLUECK, S., E. GLUECK

Unraveling Juvenile Delinquency.
New York 1950

GLUECK, S., E. GLUECK

Delinquents in the Making.
New York, 1952

GOODENOUGH, F.L.

Einen-Mann-Zeichen-Test.
New York, 1926

HABERDA, K.

Kindesmißhandlungen. Schriften des Österr. Kinderschutz
Kongresses
Wien 2 (1907) 27-36

HAGENAU, V.

Kindermißhandlung.

Z. Kinderforschung 47 (1938) 69-73

HAMMER, F.

Die cerebrale Fettembolie als Vitalschaden bei Prügelstrafen.

Med. Diss., München, 1966

HARBAUER, H., M. KENTER

Zur Problematik der Prügelstrafe.

Prax. Kinderpsychol. 9 (1960) 168-171

HARTUNG, K., H. GLATTKOWSKI

Erhebungen über Aufenthaltsdauer und Gründe, die zur Heimaufnahme von Säuglingen führen.

Prax. Kinderpsychol. 14 (1965) 297-303

HARTUNG, K.

Kindesmißhandlung.

Fortschr. Med. 85 (1967) 753-754

HELFER, R.

The Responsibility and Role of the Physician.

in: The Battered Child. Hrsg. R. HELFER, C.H. KEMPE

Chicago, London, 1968, 43-57

HELFER, R., C. POLLAK

The Battered Child Syndrome.

Advanc. Pediat. 15 (1968) 9-27

HELLBRÜGGE, T.

Zur Spätprognose der frühkindlichen Deprivation bei Heimkindern.

in: Das Deprivations-Syndrom in Prognose, Diagnose und Therapie. Hrsg.: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt/M 1970, 42-59

HENN, R.H.E., W. SPANN

Untersuchungen über die Häufigkeit der cerebralen Fett-
embolie nach Trauma mit verschieden langer Überlebenszeit.

M Schr. Unfallheilk. 12 (1965) 513-522

HETZER, H.

Seelische Mißhandlungsspuren.

Mitt. Vereins z. Schutz Kind. v. Ausn. u. Mißh. 17 (1936)
18-29

HETZER, H.

Psychologische Begutachtung mißhandelter Kinder.

Z. angew. Psychologie 50 (1936) 209-250

HETZER, H.

Mißglückte Eingliederung und Rückführung von Kindern
in ihre Familie.

Z. Kinderforsch. 47 (1938) 157-183

HÖPLER, R.v.

Über Kindesmißhandlungen.

Arch. Kriminol. 69 (1915) 68-73

HOLTER, J.C., S.B. FRIEDMAN

Child Abuse: Early Case Finding in the Emergency
Department.

Pediatrics 42 (1968) 128-137

HORN, K.

Dressur oder Erziehung -Schlagrituale und ihre gesell-
schaftliche Funktion.

Frankfurt/M 1967

HUMANISTISCHE UNION

Kindesmißhandlungen.

Vorgänge 2, Frankfurt (1966) 78

JAHN, G.

Maßnahmen gegen Kindesmißhandlungen.

Drucksache VI/1500

Der Bundesminister der Justiz

40 41 I - 1 - 28 609/70

JAKOWLEWA, E.A.

Todesfall eines sechsjährigen Mädchens durch Verbrennung
mit Brennesseln (*Urtica urens*).

Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 16 (1931) 180-183

KEFERSTEIN, W.

Kindermißhandlungen.

Z. Med. Beamte 24 (1911) 829-832

KEMPE, C.H. et al.

The Battered Child Syndrome.

J. Amer. Med. Ass. 181 (1962) 17-24

KÖTTGEN, U.

Kindesmißhandlung ("battered child syndrome").

Med. Klin. 61 (1966) 2025-2028

KÖTTGEN, U.

Kindesmißhandlung.

Mschr. Kinderheilk. 115 (1967) 186-192

KÖTTGEN, U.

Kindesmißhandlung.

Vortrag, gehalten in Koblenz vor dem Caritas Verband
am 14.11.1967, masch. schr. vervielf.

KÖTTGEN, U., J. GREINACHER, S. HOFMANN

Zur Röntgendiagnostik der Kindesmißhandlung
(battered child syndrome).

Z. Kinderchirurgie 6 (1968) 384-393

KÖTTGEN, U.

Frühschäden beim kindlichen Hospitalismus.

in: Das Deprivations-Syndrom in Prognose, Diagnose und Therapie. Hrsg.: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt/M 1970, 9-17

KOCH, K.

Der Baumtest

Bern, Stuttgart 1949

KOHLHAAS, M.

Schweigepflicht bei Kindesmißhandlungen.

Münch. med. Wschr. 108 (1966) 1941-1944

KOHLHAAS, M.

Über das Attestieren von Mißhandlungsspuren.

Münch. med. Wschr. 109 (1967) 488-489

KOHLHAAS, M.

Schwierigkeiten bei der Aufklärung von Kindesmißhandlungen.

Neue Jur. Wschr. 21 (1967) 377-381

KOHLHAAS, M., W. JANSSEN

Kindesmißhandlung und ärztliches Berufsgeheimnis.

Dtsch. Z. ger. Med. 63 (1968) 176-182

KOHLHAAS, M.

Schweigepflicht ist nicht Vorbeugungspflicht.

Dtsch. med. Wschr. 41 (1968) 1974-1975

KRAMER, J.

Intelligenztest, 3. Aufl.

Solothurn, Schweiz 1965

KRAUS, K.A.

Über Fettembolie des Gehirns nach Unfällen.

Mtschr. Unfallheilk. 58 (1955) 353-361

KRÜGER-THIEMER, O.F.

Kindesmißhandlung.

Kriminalistik 18 (1944) 57-63

KÜHNE, H.

Kindesmißhandlungen.

Langenbeck Arch. klin. Chir. 287 (1957) 683-685

LAÜSCH, E.

Wer wird kriminell?

Die Zeit 21, 18.11.1966

LEPPMANN, F.

Kindermißhandlungen. Ihre Ursachen und ihre Folgen.

Z. Kinderforsch. 44 (1935) 311-321

LEVETZOW, G.v.

Die seelische Kindermißhandlung.

Med. Diss., Heidelberg 1934

MANZ, R.

Tod nach körperlicher Mißhandlung.

Öff. Gesundh. Dienst 7 (1941) 65-67

MATTERN, J.

Kindermißhandlungen.

Mschr. Kriminalpsychol. 19 (1928) 269-273

MATEJCEK, Z., J. LANGMEIER

Folgen frühkindlicher psychischer Deprivation bei Anstaltskindern.

Prax. Kinderpsychol. 19 (1970) 85-89

MC HENRY, T. et al.

Unsuspected Trauma with multiple Skeletal Injuries during Infancy and Childhood.

Pediatrics 31 (1963) 903-908

MEHRINGER, A.

Über Hospitalismus und Eingliederung des Heimkindes in das öffentliche Leben.

in: Das Deprivations-Syndrom in Prognose, Diagnose und Therapie, Hrsg.: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt, 1970, 88-102

MENDE, U., H. KIRSCH

Beobachtungen zum Problem der Kindesmißhandlung.

Forschungsbericht 01-1968, Deutsches Jugendinstitut
München 1971

MESSERER, R.

Kindermißhandlungen.

Dtsch. Ärztebl. 2 (1936) 916-917

MEVES, C., H.P. SIMONSEN

Katamnesen nach Krankenhausaufenthalten im Säuglingsheim.

Prax. Kinderpsychol. 17 (1968) 197-205

MORSE, C.W. et al.

A Three-Year Follow-Up Study of Abused and Neglected
Children.

Amer. J. Dis. Child. 120 (1970) 439-446

MULERT, M.

Wer Kinder quält.

Mitt. Vereins z. Schutz Kind. v. Ausn. u. Mißh. 2 (1934) 3-7

NAU, E.

Das Delikt der Kindesmißhandlung in forensisch-psychiatrischer
Sicht.

Münch. med. Wschr. 106 (1964) 972-974

NAU, E., D. CABANIS

Kaspar-Hauser-Syndrom.

Münch. med. Wschr. 108 (1966) 929-931

NAU, E.

Kindesmißhandlung.

Mschr. Kinderheilk. 115 (1967) 192-195

NIEDERMEYER, K.

Ursachen mütterlicher Kindesmißhandlungen.

Acta paedopsychiat. 29 (1962) 375-385

NIEDERMEYER, K.

Studien über Kindesmißhandlungen.

Pädiatrie Grenzgeb. 3 (1964) 1-18

NIX, W.

Die Mißhandlungen Abhängiger.

Jur. Diss., Bonn 1958

OETER, D.

Soziale Gefährdung im Kindesalter.

Gesundheitsfürsorge 8 (1967) 137-142

OPPOLZER, R.

Die Fettembolie der Netzhaut nach Traumen.

Langenbeck Arch. klin. Chir. 179 (1934) 176-181

PARISOT, P., L. CAUSSADE

Kindermißhandlungen.

Ref. in Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 14 (1930) 89-90

PECHSTEIN, J.

Zur Situation der Kinder in den Säuglingsheimen der Bundesrepublik.

in: Das Deprivations-Syndrom in Prognose, Diagnose und Therapie. Hrsg.: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt/M 1970, 18-41

PIA, H.W.

Differentialdiagnose und Therapie der cerebralen Fettembolie.

Langenbeck Arch. klin. Chir. 287 (1957) 677-681

POLLACK, C.B.

Early Case Finding as a Means of Prevention of Child Abuse.

in: The Battered Child, Hrsg.: R. HELFER, C.H. KEMPE

Chicago, London, 1968, 149-152

PÜNDER, H., K.H. SCHMIDT

Zur Fettembolie mit Augenbeteiligung.

Klin. Mbl. Augenheilk. 127 (1955) 427-431

RADBILL, S.W.

A History of Child Abuse and Infanticide.

in: The Battered Child. Hrsg.: R. HELFER, C.H. KEMPE

Chicago, London, 1968, 3-17

ROBERTSON, J.

Das Trennungstrauma des hospitalisierten Kleinkindes.

in: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Hrsg. G. BIERMANN

München, Basel, 1969, 837-848

SCHALLENBERG, G.

Kindesmißhandlung.

Med. Diss., Düsseldorf, 1962

SCHLEYER, F., W. PIOCH

Tod eines Kindes am Crush-Syndrom nach fortgesetztem Prügeln.

Mschr. Kinderheilk. 105 (1957) 29-30

SCHLEYER, F.

Studien über das Delikt der gewalttätigen Kindesmißhandlung.

Mschr. Kriminol. Strafrechtsref. 41 (1958) 65-71

SCHMIDT, M.A.

Kindesmißhandlungen.

Münch. Med. Wo. 100 (1958) 1621-1623

SCHMIEDEBERG, M.

Zur Dynamik der durch die Strafe ausgelösten Vorgänge.

in: Psychoanalyse und Erziehung. Hrsg.: G. BITTER, W. REHME

München, 1966, 117-126

SCHÖNKE, A., H. SCHRÖDER

Strafgesetzbuch, 12. Aufl.

München, Berlin, 1965, 917-979

SCHWARZMANN, J.

Die weibliche Verwahrlosung, eine Spätfolge frühkindlicher Frustrationen. Ein Weg zu ihrer Behandlung.

in: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Hrsg. G. BIERMANN

München, Basel, 1969, 817-826

SEELMANN, K.

Beobachtungen über Kindesmißhandlungen.

M Schr. Kinderheilk. 119 (1971) 60-65

SILVER, L.B.

Does Violence Breed Violence? Contributions from a Study of the Child Abuse Syndrome.

Amer. J. Psychiat. 126 (1969) 404-407

SILVERMAN, F.N.

The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants.

Amer. J. Roentgenol. 69 (1953) 413-421

SILVERMAN, F.N.

Radiologic Aspects of the Battered Child Syndrome.

in: The Battered Child. Hrsg.: R. HELFER, C.H. KEMPE

Chicago, London, 1968, 59-76

SPITZ, R.A.

Psychotherapie im frühesten Kindesalter.

in: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Hrsg.: G. BIERMANN

München, Basel, 1969, 217-228

SPITZ, R.A.

Vom Säugling zum Kleinkind.

Stuttgart, 1967

STAAK, M. et al.

Zur Diagnostik und Sozialtherapie des vernachlässigten Kindes.

M Schr. Kinderheilk. 115 (1967) 199-201

STATISTISCHES BUNDESAMT

Fachserie A "Bevölkerung und Kultur".

Reihe 9, Rechtspflege.

Stuttgart, 1960-1970

STATISTISCHES BUNDESAMT

Fachserie A "Bevölkerung und Kultur".

Reihe 9, Rechtspflege

Ergänzungstabellen zu A 9, Stuttgart 1968-1970

STATISTISCHES BUNDESAMT

Fachserie A "Bevölkerung und Kultur"

Reihe 9, Rechtspflege

VIII/4 Ergänzungshefte zu A 9, Stuttgart 1964-1965

STEELE, B.F., C.B. POLLACK

A Psychiatric Study of Parents, Who Abuse Infants and Small Children.

in: The Battered Child. Hrsg.: R. HELFER, C.H. KEMPE

Chicago, London, 1968, 103-147

STENDER, W.

Folgezustände nach Kindesmißhandlung.

Mschr. Kinderheilk. 118 (1970) 342-343

STILLER, M.

Ärzte müssen zu Kindesmißhandlungen schweigen.

Süddeutsche Zeitung 27 4.6.1971

TAMBORINI, A.

Die Situation des Kindes und Jugendlichen in Heimen aus psychologischer und sozialer Sicht.

Prax. Kinderpsychol. 9 (1960) 17-21

TOULOUKIAN, R.J.

Abdominal Visceral Injuries in Battered Children.

Pediatrics 42 (1968) 570-573

TRUBE-BECKER, E.

Die Kindesmißhandlung in gerichtlich-medizinischer Sicht.

Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 55 (1964) 173-183

TRUBE-BECKER, E.

Zur Kindesmißhandlung.

Med. Klin. 59 (1964) 1649-1653

TRUBE-BECKER, E.

Zur Tötung von Kleinkindern durch Nahrungsentzug.

Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 64 (1968) 93-98

ULLRICH, W.

Die Kindesmißhandlung.

Neuwied, Berlin, 1964

URBANEK, J.

Über Fettembolie des Auges.

Graefes Arch. 131 (1934) 147-151

WALCHER, K.

Über die örtliche Wirkung von Schlägen mit Stöcken, Ruten,
mit besonderer Berücksichtigung des Auftretens von Doppel-
streifen.

Beitr. gerichtl. Med. 12 (1932) 89-107

WALTERS, R.H., R.D. PARKE

The Influence of Punishments and Related Disciplinary
Techniques on the Sozial Behavior of Children: Theory
and Empirical Findings.

in: Progress in Experimental Personality Research.

Hrsg.: B.A. MAHER

New York, 1967, 179-228

WEIDEMAN, J.

Das "Sozialbild" des Anstaltkindes.

Prax. Kinderpsychol. 9 (1960) 137-139

WILLE, R. et al.

Kindesmißhandlungen.

Münch. Med. Wschr. 109 (1967) 989-997

WOLFFHEIM, N.

Psychoanalyse und Kindergarten.

München, Basel, 1966

WULFFEN, E.

Das Weib als Sexualverbrecherin.

Enzykl. Kriminalistik, Berlin, 1923, 288-317

YARROW, L.J.

Separation from Parents during early Childhood.

in: Review of Child Development Research

Hrsg.: M.L. HOFFMANN, L.W. HOFFMANN

New York, 1969, 242-267

ZIEMKE, E.

Über Kindesmißhandlungen und ihre rechtliche und soziale Bedeutung.

Dtsch. Z. gerichtl. Med. 13 (1929) 159-176

ZIERING, W.

The Battered Baby Syndrome.

Journal Ped. 65 (1964) 321-322

ZULLINGER, H.

Helfen statt Strafen.

Stuttgart, 1956

ZULLINGER, H.

Das Strafen in der Erziehung.

Meiringen, 1966

ZULLINGER, H.

Die Angst unserer Kinder.

Stuttgart, 1966

ZULLINGER, H.

Einführung in die Kinderseelenkunde.

Bern, Stuttgart, 1967

Bei der Fertigstellung meiner Arbeit wurde ich von mehreren Personen hilfreich unterstützt.

Mein Dank gilt besonders:

Herrn Prof. Dr. med. J.G. GOSTOMZYK

für die Überlassung des Themas, die Unterstützung und Hilfsbereitschaft bei der Abfassung der Arbeit.

Herrn Prof. Dr. med. H. LEITHOFF (Direktor des Instituts für Rechtsmedizin) für seine stets freundliche Hilfe und die Bereitstellung von Arbeitsmitteln.

Herrn Dipl.-Psychol. EINSIEDEL für die Beratung bei der Auswertung der psychologischen Versuchsergebnisse.

Herrn Prof. Dr. med. U. KÖTTGEN (Direktor der Kinderklinik) für die Bereitstellung von Arbeitsmitteln und freundlichen Rat.

LEBENS LAUF

Geburtsdatum: 23. Februar 1948

Geburtsort: Velbert/Rhld.

Eltern: Dipl. Ing. Max Rochel
Else Rochel

Schulbesuch: 1955-1959 Volksschule in Velbert
1959-1967 Neusprachliches Gymnasium
in Essen-Werden
Juli 1967 Ablegung der Reifeprüfung

Studiengang: 1967-1973 Studium der Medizin an der
Johannes Gutenberg-Universi-
tät Mainz.
1970-1974 Studium der Psychologie an
der Johannes Gutenberg-
Universität Mainz.
Ablegung der naturwissenschaftlichen
Vorprüfung im Oktober 1968 und der
ärztlichen Vorprüfung im März 1970.
Medizinisches Staatsexamen: 18.6.1973
August bis Dezember 1973: Medizinal-
assistentenzeit in der Klinik für
Psychotherapie in Mainz, Januar bis
April 1974 in der Chirurgischen
Universitätsklinik in Mainz und von
Mai bis August 1974 in der Inneren
Abteilung des Städtischen Marien-
krankenhauses in Amberg/Obpf.
Approbation als Arzt: 31. August 1974

